



**António Fernando da
Silva Garrido**

**A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos
Enfermeiros**



**António Fernando da
Silva Garrido**

**A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos
Enfermeiros**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Prof^a Dr^a Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora) e do Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes (Co-orientador)

o júri

presidente

Profª Drª Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Associada da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Profª Drª Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Prof. Dr. Manuel Alves Rodrigues, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca

Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes (Co-orientador)

agradecimentos

Agradeço reconhecido aos meus orientadores, Professora Doutora Anabela Pereira e Professor Doutor Wilson Abreu, o tempo dispendido, o saber, os conselhos e os incentivos, que nos deram confiança e alento para a concretização do estudo.

Aos Conselhos de Administração das Instituições que permitiram a colheita de dados e, muito especialmente, aos colegas que preencheram os questionário, pela disponibilidade, simpatia e incentivo.

Aos colegas de Mestrado e, em especial, ao Sérgio e à Regina, pelo apoio, estímulo e confiança que nos transmitiram.

À Maria dos Anjos, a amiga de sempre, pela disponibilidade, pelas observações, críticas e sugestões.

Ao Luís e à Natália pela preciosa colaboração.

À Elsa, à Catarina e à Joana, pela paciência e compreensão nas ausências, pelo carinho e apoio incondicional.

A todos os que sempre nos apoiaram e acreditaram em nós um sincero obrigado.

resumo

A supervisão clínica em enfermagem, começa a emergir em Portugal, associada à formação profissional, ao acompanhamento de práticas, aos programas de melhoria da qualidade organizacional e às preocupações com a qualidade de vida e condições de exercício e saúde dos profissionais. Neste contexto surge este estudo, não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo e qualitativo, para o qual definimos como objectivos fundamentais: conhecer as características do processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros; identificar os actores e analisar as características do processo superviso; avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros nas suas diversas dimensões e variáveis relacionadas. Os dados foram obtidos, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do HDA e concluímos que, a supervisão das práticas é entendida como um processo de supervisão administrativo, tendo como supervisor em 80% das situações o enfermeiro chefe. Apesar disso, os supervisados avaliam muito positivamente a qualidade da sua supervisão, tendo 82,2% referido que ela contribuiu para a sua eficácia e eficiência como enfermeiros. São os mais novos e os enfermeiros dos serviços de medicina, especialidades médicas e pediatria, que estão globalmente mais satisfeitos com a supervisão clínica. Relativamente à qualidade de vida, concluímos que os indivíduos perceberam o seu estado de saúde como menos afectado ao nível do funcionamento físico e das limitações dos papéis por problemas emocionais. As mulheres inquiridas apresentam índices mais baixos de qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significativas ao nível do funcionamento físico e social, saúde mental e vitalidade. Os enfermeiros dos serviços de urgência e consultas externas têm melhor qualidade de vida que os restantes. Os mais velhos apresentam melhor qualidade ao nível da saúde mental e da limitação dos papéis por problemas emocionais, mas pior ao nível do funcionamento físico e percepção geral da saúde. O estudo reforça a nossa convicção de que faz sentido analisar a implementação da supervisão clínica em enfermagem num contexto de discussão sobre qualidade de vida, práticas profissionais e processos supervisivos de maior qualidade, desenvolvidos em organizações qualificantes.

abstract

The clinical supervision in nursing starts to emerge in Portugal, associated to professional formation, to the accompanying of practice and to improvement programmes of organisational quality, with life quality and working conditions and professionals' health.

Of the above mentioned context emerged this non-experimental, transversal, correlating quantitative and qualitative study for which we have defined the following main objectives: knowing the characteristics of the process of supervising the clinical practices of nurses; identifying the actors and analysing the characteristics of the supervising process; evaluating the quality of life of the nurses in its different dimensions and related variables.

The obtained data, through the analysis of a questionnaire given to nurses of HDA, allow us to conclude that the supervising of the practice is an administrative process of supervision, having as a supervisor, in 80% of the situations the head nurse. However, the supervised nurses evaluate as very positive the quality of their supervision thus having 82,2% referred that has contributed to their effectiveness and efficiency as nurses. Younger nurses, medical services nurses, paediatrics and medical specialties nurses are globally more satisfied.

As far as the quality of life is concerned, we have concluded that individuals perceived their state of health as less affected by emotional problems. The female participants in this study present the lowest levels of quality of life, having been registered the most significative differences as far as the physical and social performances as well as mental health and vitality. The emergency service nurses and the external consultation ones have better quality of life. The oldest ones present less difficulty in mental health problems and in the limitation of roles due to emotional problems, but register a worse level of physical performance and general perception of health.

This study strengthens our conviction in that it makes sense to analyse the implementation of clinical supervision in nursing in a context of discussion about quality of life, professional practices and high-quality supervising processes, developed in qualified organisations.

ÍNDICE GERAL

	Página
O Júri.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice geral	vii
Índice de figuras	x
Índice de quadros	xi
Índice de gráficos	xiv
Lista de siglas	xv
 NOTA INTRODUTÓRIA	 1

PARTE I**Enfermagem e Supervisão Clínica**

1. A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO.....	9
1.1. O percurso sócio-histórico da profissão.....	10
1.2. O cuidar como paradigma.....	14
1.3. Processos identitários dos enfermeiros	21
2. CONTEXTOS E PROBLEMÁTICAS PROFISSIONAIS.....	27
2.1. Trajectos de formação	28
2.2. A complexidade das práticas profissionais.....	36
2.3. A enfermagem portuguesa em análise.....	41
3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	47
3.1. Natureza e conceitos de supervisão clínica em enfermagem	49
3.2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem	54
3.3. Processo de supervisão clínica em enfermagem: problemáticas	60

	Página
3.4. A supervisão na promoção da qualidade	78
4. UNIDADE SOCIAL EM ESTUDO: <i>A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO, S.A.</i>	85
4.1. Breve caracterização do hospital	85
4.2. O hospital no âmbito do Serviço Nacional de Saúde	87

PARTE II

Dinâmicas de supervisão e desenvolvimento profissional dos enfermeiros em análise

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	97
1.1. Questões de investigação	98
1.2. Modo de investigação: “estudo de caso”	100
1.3. Métodos e técnicas de recolha de dados	102
1.4. Tratamento da informação	109
2. O CONTEXTO EM ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES E DAS PRÁTICAS.....	115
2.1. Os enfermeiros alvo de estudo: sua caracterização	115
2.2. Dinâmicas de formação	129
2.3. A evidência das práticas	143
3. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.....	177
3.1. Percursos de formação e socialização dos enfermeiros	179
3.2. Problemáticas do desenvolvimento profissional	188
3.3. Processos de supervisão das práticas clínicas de enfermagem	192
4. NOTA FINAL.....	209
BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS:

Anexo I	Questionário utilizado para colheita de dados
Anexo II	Tratamento de informação das respostas à questão (11.): “ <i>Que tema ou temas, desenvolveu e apresentou em acções de formação no hospital ou sua unidade em particular?</i> ”
Anexo III	Tratamento de informação das respostas à questão (19.9.) “ <i>Outras necessidades que necessita de formação (especifique)</i> ”
Anexo IV	Tratamento de informação das respostas à questão (22.11.) “ <i>Que outras características ou atributos pensa que esta figura deve ter (especifique)?</i> ”
Anexo V	Tratamento de informação das respostas à questão (23.4.) “ <i>Se “SIM”, é capaz de descrever a forma como é feita essa ajuda?</i> ”
Anexo VI	Descrição das funções do Enfermeiro de Referência no H.P.H.
Anexo VII	Guião para entrevista em grupo
Anexo VIII	Transcrição da entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas, na sala do Centro de Formação Hospital Pedro Hispano, S.A.
Anexo IX	Grelha de categorias e respostas significativas da entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas na sala do Centro de Formação do Hospital Pedro Hispano, S.A.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura - 1 As funções restaurativa, formativa e normativa da supervisão.....	55
Figura - 2 Ciclo de competências e estilos de aprendizagem.....	70
Figura - 3 Algumas das características da relação supervisiva.....	77

ÍNDICE DE QUADROS

		Página
Quadro - 1	Dimensões de análise das funções de chefe, gestor e supervisor	61
Quadro - 2	Caracterização das enfermeiras entrevistadas.....	111
Quadro - 3	Distribuição dos inquiridos segundo o sexo.....	116
Quadro - 4	Distribuição dos inquiridos pelo grupo etário.....	117
Quadro - 5	Distribuição dos inquiridos pelo estado civil.....	118
Quadro - 6	Distribuição dos inquiridos pelo concelho onde habitam.....	119
Quadro - 7	Distribuição dos inquiridos pelas áreas onde trabalham.....	120
Quadro - 8	Distribuição dos inquiridos pela sua formação graduada.....	121
Quadro - 9	Distribuição dos inquiridos com e sem cursos de pós- graduação.....	122
Quadro - 10	Distribuição dos inquiridos pelo seu título profissional.....	124
Quadro - 11	Distribuição dos inquiridos pelo tipo de horário que praticam no hospital.....	125
Quadro - 12	Distribuição dos inquiridos que trabalham ou não em outro local.....	127
Quadro - 13	Distribuição dos inquiridos segundo os tempos de serviço.....	128
Quadro - 14	Distribuição dos inquiridos pela frequência de leitura de revistas técnicas e científicas da área de enfermagem.....	130
Quadro - 15	Distribuição dos inquiridos pelas horas utilizadas em acções de formação.....	131
Quadro - 16	Temas desenvolvidos e apresentados pelos inquiridos em acções de formação no hospital.....	132
Quadro - 17	Distribuição dos inquiridos segundo a presença em grupos de trabalho.....	136
Quadro - 18	Distribuição dos inquiridos segundo a experiência de orientação de alunos em ensino clínico.....	137
Quadro - 19	Distribuição dos inquiridos segundo a necessidade de acompanhamento dos alunos em ensino clínico por parte de um enfermeiro do serviço.....	138
Quadro - 20	Distribuição dos inquiridos sobre qual o enfermeiro com as características para orientar o ensino clínico.....	139

Quadro - 21	Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de relação que o enfermeiro orientador do ensino clínico deve ter com a escola e o hospital.....	141
Quadro - 22	Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de integração proporcionado.....	142
Quadro - 23	Distribuição dos inquiridos pelas dificuldades que apresentam ao prestar cuidados aos doentes ou família.....	144
Quadro - 24	Outras áreas em que os inquiridos necessitam de formação.....	146
Quadro - 25	Distribuição dos inquiridos pela identificação das necessidades de formação e acompanhamento para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.....	149
Quadro - 26	Distribuição dos inquiridos sobre se usufruíram de acompanhamento clínico aquando da prestação de cuidados.....	151
Quadro - 27	Distribuição dos inquiridos sobre quem os enfermeiros costumam consultar para o desenvolvimento das suas práticas.....	151
Quadro - 28	Distribuição dos inquiridos segundo o profissional que costumam consultar.....	152
Quadro - 29	Distribuição dos inquiridos pelo título profissional da pessoa que costumam consultar quando têm dificuldades em prestar cuidados.....	154
Quadro - 30	Opinião dos inquiridos sobre as características que a pessoa que orienta deverá ter.....	155
Quadro - 31	Opinião dos inquiridos sobre outras características do supervisor.....	157
Quadro - 32	Distribuição dos inquiridos segundo a ajuda por parte da organização na resolução das suas dificuldades.....	159
Quadro - 33	Tipo de ajuda prestada pela organização hospitalar.....	161
Quadro - 34	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais no seu exercício profissional	163

Quadro - 35	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais dos seus colegas no exercício profissional desses.....	164
Quadro - 36	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas do exercício profissional na vida pessoal.....	164
Quadro - 37	Opinião sobre a necessidade de existência de uma figura de suporte , formalmente identificada, para consultar e dar apoio às suas necessidades.....	165
Quadro - 38	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos da prestação de cuidados.....	167
Quadro - 39	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais.....	168
Quadro - 40	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais e na prestação de cuidados.....	168
Quadro - 41	Opinião dos inquiridos sobre a influência na qualidade das práticas pela falta de suporte e apoio na prestação de cuidados.....	170
Quadro - 42	Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído a factores identificados.....	171
Quadro - 43	Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído às afirmações propostas.....	174

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico - 1	Número e percentagem dos enfermeiros por grupo etário..... 117
Gráfico - 2	Profissionais solicitados pelos enfermeiros quando sentem dificuldades no exercício 154
Gráfico - 3	Frequência de respostas à necessidade de existir alguém para apoiar e consultar 166

LISTA DE SIGLAS

AAM	Auxiliar de Acção Médica
CASE	Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPNA	Communitarian Psychiatric Nursing Association
DEPS	Departamento de Educação Permanente na Saúde
HDA	Hospital Distrital de Anadia
HPH,SA	Hospital Pedro Hispano Sociedade Anónima
IQS	Instituto da Qualidade para a Saúde
KFHQS	Kings Fund Health Quality Service
OECE	Ordem dos Enfermeiros Conselho de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
Q	Questionário
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UKCC	United Kingdom Central Council

INTRODUÇÃO

As reflexões sobre o desempenho profissional e o acompanhamento das práticas profissionais são uma preocupação social muito antiga. Igualmente, o acompanhamento clínico dos profissionais de saúde não constitui qualquer inovação, tanto ao nível da formação como do exercício, pois já *Al Rashid*, em Bagdade, no início do século X, em pleno período áureo da medicina islâmica, defendia a necessidade dos médicos em formação serem acompanhados por profissionais mais experientes (Abreu, 2003).

As origens das estratégias de supervisão clínica, ainda que em formas algo incipientes, são remotas, aparecendo associada à necessidade de preservar a segurança dos doentes. A supervisão clínica em enfermagem não é algo de novo no seu conteúdo (acompanhamento das práticas dos alunos e profissionais) mas, como refere Abreu (2003), ao sofrer a influência progressiva das perspectivas psiquiátricas e psicológicas de orientação psicanalítica viu o seu património ser enriquecido com outras dimensões: qualidade das práticas, percursos formativos e variáveis emocionais, entre outras.

A supervisão clínica em enfermagem tem sido debatida pelos teóricos e profissionais de enfermagem, designadamente no Reino Unido, norte da Europa, Estados Unidos da América e Canadá, desde o início da década de 90 do século XX. Mas, em Portugal, só muito recentemente começou a emergir como um assunto significativo em círculos restritos de reflexão, surgindo intimamente associada ao processo de acompanhamento de práticas, sendo decisivo o contributo de círculos de formação de enfermeiros e dos programas de melhoria da qualidade organizacional

Nas últimas décadas assistimos a uma verdadeira revolução de mentalidades. O termo *qualidade* entrou no discurso social, confrontando os actores da saúde com um fenómeno irreversível. A qualidade deixou de ser um simples vocábulo para se transformar numa filosofia e num eixo estruturante das políticas de saúde. Os cidadãos exigem cuidados de qualidade e as organizações aderem a programas de acreditação, que correspondem ao reconhecimento público de um determinado nível de qualidade institucional e das práticas assistenciais.

O modelo adoptado oficialmente pelo Ministério da Saúde em Portugal e implementado pelo Instituto da Qualidade em Saúde em parceria com o *King's Fund Health Quality Service*, sediado no Reino Unido, compreende seis fases interligadas: estabelecimento de padrões, auto-avaliação institucional, evolução dos serviços, auditoria por pares, relatório e acreditação.

A supervisão das práticas clínicas é uma ferramenta básica destes programas, que mencionam expressamente a supervisão clínica em alguns critérios das normas referentes aos serviços de enfermagem. Não obstante, ainda não existe consenso sobre uma definição universalmente aceite e, até mesmo o termo “*supervisão clínica*”, tem desencadeado muita discussão e alguma polémica. A supervisão clínica pretende em primeiro lugar assegurar que as necessidades dos clientes estão a ser satisfeitas e realçar a eficácia das intervenções terapêuticas, sendo essencial que o supervisionado e o supervisor possam trabalhar de forma construtiva. A supervisão clínica ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. Isto permite desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade intrínseca e desenvolver conhecimento a partir da realidade da prática clínica, o que por si só, é suficiente para merecer o nosso investimento na supervisão clínica.

A função do supervisor clínico em enfermagem consiste em ajudar a controlar as dificuldades, a desenvolver competências que permitam cuidar com mais qualidade. O seu papel é de extrema importância para a promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisiivo factores determinantes do sucesso da supervisão.

Ideologicamente, entendemos a supervisão clínica em enfermagem sob a mesma óptica de Holloway (1995), que a refere, como um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que exerce práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e, simultaneamente, dá apoio ao profissional de enfermagem, atendendo às suas necessidades emocionais. Este relacionamento, permitirá aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e

promover a inovação na prática clínica, através da reflexão sobre o trabalho do supervisionado.

Fruto de muitos debates e discussões, surgiram nas últimas décadas diversos modelos de supervisão clínica em enfermagem, como sejam os de Proctor (1986, 2001), Hawkins e Shoet (1989), Page e Wosket (1994), Butterworth e Faugier (1994).

No entanto, o modelo orientador que serve de referência ao nosso estudo é o “*supervision alliance model*” de Proctor (1986, 2001). É, provavelmente, o mais antigo, conhecido e usado na prática clínica, estando a literatura repleta de referências e análises sobre a sua validade e aplicabilidade. As suas ideias estruturantes emergiram da prática profissional e as tarefas e responsabilidades do supervisor clínico, que congregam as funções essenciais da supervisão clínica – normativa, formativa e restaurativa, constituem os componentes fundamentais e mais expressivos de um modelo mais extensivo e inclusivo.

Outro aspecto decisivo para a nossa opção ideológica, prende-se com o facto de Proctor (1986, 2001), com o seu modelo, enfatizar a função restaurativa. Ou seja, a função encorajadora, aquela que dá apoio ao profissional, que atribui prioridade às necessidades emocionais do profissional de enfermagem, sendo por esses motivos um modelo que se adequa ao quadro conceptual da nossa investigação.

A ideia de estudar a supervisão clínica dos enfermeiros e a sua qualidade de vida pareceu-nos importante e pertinente, dada a importância que estes profissionais vêm assumindo nos serviços de saúde e os reflexos que a sua qualidade de vida tem na qualidade dos serviços prestados à população. Existe a convicção de que a manutenção e a promoção da saúde, bem como, a qualidade de vida dos enfermeiros se irá reflectir no bem-estar dos doentes a quem prestam cuidados. Acresce, que a relação supervisiva é uma dimensão central em todo o processo dado que tem, entre outras competências, motivar, encorajar e dar suporte aos profissionais e às equipas.

Estudos recentes sobre qualidade de vida realizados por diversos autores, Morais (1999) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica; Morais (2000), em doentes hemodialisados; Brito (2002), relativos aos prestadores de cuidados a familiares idosos; Cimete *et al* (2003) e Blegen (1993) sobre a satisfação profissional e qualidade de vida dos enfermeiros e Beaudoin e Edgar (2003), sobre as preocupações/problemas que estes enfrentam, reforçaram as nossas convicções e sensibilizaram-nos para a importância de

pesquisas que dessem visibilidade a esta problemática no seio da enfermagem e que aprofundassem os conhecimentos existentes sobre a qualidade de vida dos enfermeiros.

Às motivações anteriormente referidas acresce o facto de desempenharmos funções de gestão e determos responsabilidades institucionais que tornam imperiosa a necessidade de conhecer a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e analisar as características da supervisão das práticas que é realizada, bem como, a percepção que os enfermeiros têm dela e dos seus supervisores. O interesse por esta temática foi reforçado com a candidatura do HDA ao Programa de Qualidade Organizacional Hospitalar, numa parceria com o Instituto da Qualidade em Saúde e o *King's Fund Health Quality Service*.

Assim, enquadrado neste Mestrado em Supervisão e aproveitando diversas sinergias que o mesmo nos proporciona, pensámos que fazia sentido estudar, o nível de satisfação dos enfermeiros, relativamente à supervisão clínica que recebem, qual o nível da sua qualidade de vida. Daí termos realizado este estudo, subordinado ao tema: “*A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*”.

Para efeitos da nossa pesquisa e atendendo aos contextos em que ela se desenvolveu, na medida em que não existe formalizado um processo de supervisão clínica tal como é descrito nas publicações em língua anglo-saxónica, mas existindo processo superviso das práticas profissionais dos enfermeiros, a nossa orientação intelectual será o de considerar a supervisão clínica como processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros do HDA, tendo para o efeito definido os seguintes objectivos:

- a) Descrever as características sócio-profissionais da população estudada;
- b) Conhecer as características do processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros existente no HDA;
- c) Identificar os responsáveis pelo processo de supervisão das práticas clínicas no HDA;
- d) Analisar as possíveis relações entre a supervisão clínica e as características pessoais do supervisionado e do supervisor inseridas no contexto de trabalho;
- e) Analisar as características do processo de acompanhamento das práticas e que valor lhe é atribuído pelos enfermeiros;

- f) Avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros do HDA nas suas diversas dimensões e as variáveis relacionadas.

O estudo engloba essencialmente três partes. Uma primeira, que consiste na fundamentação teórica realizada e que permitiu fazer o enquadramento do estudo. Dos diversos aspectos debatidos salientamos: enfermagem, formação, contexto e práticas profissionais – formação e exercício profissional, o enfermeiro e a identidade profissional, enquadramento legal do exercício profissional; a supervisão clínica em enfermagem – conceitos e modelos, supervisão clínica e condicionantes organizacionais, a relação supervisiva e a qualidade das práticas; a qualidade de vida e o bem-estar em contextos de saúde – qualidade de vida: conceptualização e incidências, avaliação da qualidade de vida, a supervisão clínica em enfermagem e a qualidade de vida dos enfermeiros.

Numa segunda parte explanamos o estudo empírico, desenvolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: metodologia do estudo – conceptualização, hipóteses e variáveis do estudo, amostra do estudo, instrumentos de recolha da informação, procedimentos de recolha e tratamento dos dados.

O estudo foi realizado no HDA, utilizando uma amostra não probabilística por conveniência, constituída pelos enfermeiros que exerciam funções nos diversos serviços da Instituição.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um conjunto de instrumentos constituído por três partes distintas: a) caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros; b) *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* (SFSSQ) – questionário de avaliação da satisfação com a supervisão clínica nos enfermeiros; c) *Medical Outcomes Study: Short Form* (MOS SF-36) – avaliação do estado de saúde dos enfermeiros.

Será de referir que, estando a supervisão clínica em Portugal numa fase incipiente, não existiam instrumentos validados. Assim, analisámos alguns instrumentos existentes noutros países e entendemos que o *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* (SFSSQ) seria o mais adequado para o nosso estudo. Realizámos a sua tradução, adaptação e validação para a população portuguesa e perante os dados obtidos, estamos convictos de que poderá constituir um instrumento útil de avaliação e intervenção específica na satisfação com a supervisão clínica.

Outro capítulo essencial da segunda parte do estudo consiste na apresentação dos resultados e discussão. Iniciamos com caracterização dos actores em estudo, seguido do seu nível de satisfação com a supervisão das práticas, a análise da sua qualidade de vida e, concluimos o capítulo, com a testagem e análise das hipóteses do estudo.

Terminamos o estudo com as conclusões, onde são apresentados os dados mais significativos obtidos na pesquisa, as sugestões para investigações futuras e as perspectivas da implementação da supervisão clínica em enfermagem.

PARTE I – FORMAÇÃO, SUPERVISÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA

A revisão da literatura é “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação” (Fortin, 1999: 74). Proporciona ao investigador a familiarização com a literatura relevante e uma maior compreensão do que já foi aprendido sobre o assunto.

Para realizar a investigação desenvolvemos uma fundamentação teórica, que pretendemos tivesse o máximo de objectividade e nos permitisse analisar e aprofundar conhecimentos sobre a formação, supervisão clínica e qualidade de vida dos enfermeiros. Após a selecção dos documentos mais pertinentes, procedemos à sua organização, análise e integração e face ao estudo pretendido, desenvolvemos os seguintes aspectos: enfermagem, formação, contexto e práticas profissionais – formação e exercício profissional, o enfermeiro e a identidade profissional, enquadramento legal do exercício profissional; a supervisão clínica em enfermagem – conceitos e modelos, supervisão clínica e condicionantes organizacionais, a relação supervisiva e a qualidade das práticas; a qualidade de vida e o bem-estar em contextos de saúde – qualidade de vida: conceptualização e incidências, avaliação da qualidade de vida, a supervisão clínica em enfermagem e a qualidade de vida dos enfermeiros.

1. ENFERMAGEM: FORMAÇÃO, CONTEXTO E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

O enfermeiro é um profissional de saúde, que tem competência científica e técnica para a prestação de cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), dirigidas ao indivíduo, família e comunidade. Sendo um profissional de saúde que identifica os problemas de saúde do indivíduo, planeia ações que executa e avalia, servindo-se dos seus próprios conhecimentos e capacidades para estabelecer e manter uma boa relação de ajuda com os outros, também deve ajudar-se a si próprio.

Assim, será de exigir que desenvolva, igualmente, capacidades de auto-cuidado, promovendo a sua própria saúde, contribuindo para um bom nível de qualidade de vida, nas suas dimensões física, psicológica e social, ou possa recorrer a um profissional mais qualificado e/ou experiente, que o apoie e ajude na resolução dos problemas e na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Os aspectos analisados neste capítulo visam contextualizar e dar visibilidade à evolução que a enfermagem registou nos últimos anos, no que diz respeito à formação, à complexificação do exercício profissional, à afirmação ideológica e identitária e ao reconhecimento da comunidade científica de saúde do seu papel insubstituível para a qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Atendendo a estes pressupostos, iremos desenvolver aspectos, relativos à formação e ao exercício profissional, à emergência de novos paradigmas e ideologias profissionais e ao enquadramento do exercício profissional.

1.1. FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A formação profissional é um processo sistemático e organizado mediante o qual os futuros profissionais, ou os profissionais em exercício, se implicam individualmente ou em

equipa em experiências de aprendizagem através das quais adquirem ou desenvolvem os seus conhecimentos, competências e disposições e que lhes permitem intervir profissionalmente.

Inicia-se quando o indivíduo com o objectivo de se integrar no mundo do trabalho procura construir um conhecimento mais profundo que lhe permitirá melhorar o seu desempenho nas funções que lhe são atribuídas. Compreende dois níveis: o da formação inicial e o da formação contínua. A formação inicial constitui a primeira fase de um longo processo de desenvolvimento profissional e pode considerar-se como a pedra angular de toda a vida profissional do indivíduo. É aqui que se alicerçará toda a restante formação, empreendida ao longo da vida. Por isso, torna-se importante que haja uma interligação entre o currículo da formação inicial e o da formação contínua, que constitui a segunda fase do processo do enriquecimento pessoal e irá dar continuidade à formação inicial.

Os anos oitenta trouxeram mudanças importantes para a formação inicial dos enfermeiros. Basto (1994), refere que, a inclusão na formação inicial de conteúdos como o processo de enfermagem e modelos teóricos, entre outros factores, contribui para a mudança tendencial para passar do ensino da técnica/procedimentos para estratégias que facilitem o desenvolvimento de capacidades relacionais e de julgamento crítico. Nesta altura, assistiu-se à introdução dos planos de cuidados como método científico de trabalho, desenvolveram-se esforços no sentido de mudar o método de distribuição de trabalho e de centrar os cuidados na pessoa. A nível do ensino, as mudanças começam também a tornar-se evidentes com as alterações dos planos curriculares. Queirós *et al* (2000: 21), referem que, “a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, devem ser a pedra de toque que permitirá a mudança do currículo tradicional para um outro perspectivado para as novas realidades sócio-culturais do século XX”.

Schön, com a sua obra *The Reflective Practitioner* (1983), revolucionou o pensamento dominante até à década de 1980 ao questionar o paradigma da racionalidade técnica, critica o paradigma da educação profissionalizante baseado no racionalismo técnico traduzido num modelo de aplicação da ciência aos problemas concretos da prática, através da ciência aplicada. Em *Educating the Reflective Practitioner* (1991) o mesmo autor defende que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão, a partir de situações práticas reais (Alarcão, 1991).

Schön (1991), ao defender que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão, a partir de situações práticas reais, como um caminho possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar as situações sempre novas e diferentes com que se vai deparar na vida real e de tomar as decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam, faz emergir um novo paradigma – *paradigma da reflexividade crítica*.

Pensamos que, a emergência do novo paradigma da reflexividade crítica propicia e estimula o desenvolvimento das relações pessoais e interpessoais, quer a nível da formação inicial, quer a nível da formação contínua e constitui um elemento central da formação, numa perspectiva de construção de saber, baseado no lema *aprender a aprender*.

Mas este *aprender a aprender* não termina com o fim da formação inicial se a entendermos, tal como, Perrenoud (1993: 149), quando a considera “como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira”. Os profissionais terão que desenvolver competências e estratégias que lhes permitam responder, constantemente, aos desafios que lhe são colocados. A produção constante de novos conhecimentos e a sua divulgação tempestiva, acompanhada de um acesso quase imediato, tornaram obsoletas as convicções sobre a margem de validade dos conhecimentos adquiridos na formação inicial dos profissionais de enfermagem e originaram um novo conceito que emerge nestas circunstâncias, a convicção de desactualização permanente.

A emergência da incerteza na relação formação/trabalho é alimentada, segundo Canário (2001), por três grandes fenómenos: a intensificação da mobilidade profissional, a rápida obsolescência da informação e as mutações das organizações de trabalho.

As mudanças nas instituições dependem não só dos profissionais, da sua formação e da transformação de práticas, mas também da organização da instituição. Por isso a formação deve investir nos projectos das instituições e não ser concebida à margem destes. Trabalhar e formar não podem ser actividades distintas, pois a formação pode e deve ser feita no quotidiano e constituir um processo permanente. Devem ser os próprios profissionais a determinar as necessidades de formação contínua com base nos problemas e na organização das suas instituições. A esta perspectiva ecológica, que valoriza a matriz

contextual das circunstâncias do desempenho profissional dos enfermeiros, deve corresponder uma abordagem reflexiva, dialéctica e crítica em actualização constante.

A formação profissional dos enfermeiros decorre num campo vastíssimo, onde o formal, o não formal e o informal se articulam. Tal como refere Canário (1994: 26), “a optimização do potencial formativo das situações de trabalho passa em termos de formação, pela criação de dispositivos de dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir de processos auto-formativos”.

Mas, a experiência desempenha um papel decisivo no percurso de formação de cada um, pelo que, será benéfica e formativa a sua partilha. A troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais é fundamental, não só para a socialização dos mesmos, mas também para a sua aprendizagem.

A abordagem da formação dos enfermeiros em contexto de trabalho passa, inevitavelmente, pela valorização de novas formas de formação informal e desenvolvimento profissional, como sejam:

a) O debate clínico interdisciplinar: é um dos meios propícios à formação e mudança, onde é discutida a situação clínica dos doentes, pelos diferentes intervenientes que participam tanto no diagnóstico e tratamento como no cuidar os doentes. Actualmente, confere-se um novo sentido à reflexão no cuidar, numa abordagem colectiva e interdisciplinar. O reconhecimento do trabalho exercido pelos enfermeiros favorece o empenho e investimento.

A comunicação das experiências “faculta ao próprio um novo olhar sobre a situação, permitindo o descobrir de novas relações, a importância de elementos anteriormente desvalorizados, facilitando uma tomada de consciência dos problemas. É este o processo que permite o desenvolvimento de capacidades auto-formativas nos indivíduos” (D’Éspiney, 1997: 180).

A experiência, como sabemos, não significa saber, é necessário que seja interiorizada, valorizada e que possa ser explicada, transformando-se, então, em saber, que crescerá na proporção directa da importância que se der à reflexão sobre a acção.

b) Os registos de enfermagem no processo individual do doente podem ser, também, momentos privilegiados de auto-reflexão, quando cuidadosamente escritos e contextualizados, por cada profissional. A leitura atenta destes registos promove formação contínua informal, situada e contextualizada. É importante que esta informação seja divulgada e analisada reflexivamente pela equipa em acções de formação. Por outro lado, estimula a leitura científica e a procura da excelência no cuidar, contribuindo para o desenvolvimento de pensamento cognitivo e crítico na tentativa de evitar erros em situações diferentes ou análogas. Aumenta o sentido de responsabilidade de cada interveniente.

c) As passagens de turno, habitualmente, não passam de um momento pouco informativo, restringindo-se à divulgação de dados relativos à evolução de cada doente. Os enfermeiros estão cansados do esforço físico e anseiam ir rapidamente para casa. A própria legislação não favorece este momento de inter-relação profissional como tempo útil de reflexão, salvaguardando unicamente, um curto espaço de tempo no final de cada período de trabalho para a passagem de turno. Se analisarmos os diferentes momentos durante um turno, seria este o momento privilegiado para enfermeiros, docentes e alunos reflectirem, conjuntamente, sobre as actividades realizadas, as acções empreendidas e os referenciais teóricos subjacentes. Seria um momento privilegiado de formação não formal, que permitiria valorizar o saber do grupo, relacionando-o e estimulando para novas formações, tão necessárias ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados, contextualizado pela selecção de intervenções, tendo em conta cada situação específica.

d) Parcerias escolas/instituições de saúde: a melhoria na qualidade e quantidade da formação em enfermagem está intimamente associada à melhoria dos cuidados aos utentes e implica mudanças nas estruturas organizacionais quer da escola, quer do hospital (estruturas ainda muito normativas e formais). A consciencialização das divergências entre instituições é um passo importante e decisivo para rever posições. As transformações devem ser contínuas, colocando em intercâmbio permanente docentes, alunos, profissionais e hierarquias institucionalizadas.

É necessário investir nos saberes dos profissionais e promover capacidades de auto-desenvolvimento reflexivo que lhes permita enfrentar os problemas da prática clínica. O profissional enfrenta situações problemáticas complexas e com características únicas,

sendo, por isso, necessárias respostas únicas. Daí, a grande importância da competência reflexiva e da pertinência do pensamento de Schön (1983, 1991), relativamente aos momentos de reflexão: na acção, sobre a acção e sobre a reflexão na acção.

Para que se opere uma mudança, não basta mudar o profissional, é também necessário mudar os contextos em que este intervém. A formação tem de estar ligada ao seu terreno de intervenção.

A rapidez e imprevisibilidade das mudanças e a necessidade de actuar em mais do que uma frente em simultâneo no sentido da resolução atempada dos problemas, formam uma conjuntura onde não se enquadram modelos de formação rígidos e válidos por muitos anos. Neste contexto, é exigido à pessoa “uma aptidão à autoformação que, numa série de situações ao longo da vida profissional lhe permite a partir da sua formação inicial, aprender activamente e ser o principal responsável da sua aprendizagem” (Santos, 1990: 50).

Por outro lado, Couceiro (1995: 11) salienta que, “se a autoformação é um processo que pertence por direito, e por inteiro, a cada pessoa há, no entanto, condições que podem favorecer a sua promoção”. Para esta autora, a responsabilidade de criar estas condições cabe às organizações que propõem acções de formação e aos conceptores e orientadores dos programas dessa mesma formação.

Reforçando esta ideia, Santos (1990: 50) afirma que, “para que os trabalhadores mudem e adquiram a aptidão à autoformação é necessário que eles se tornem auto-formandos competentes”, sendo, no entanto, necessário que “as próprias empresas se transformem em organizações autoformantes”.

E, é neste contexto que Nyhan, (1991: 56), introduz o conceito de organização qualificante, definindo-o como aquela que, “adopta modelos de formação num processo contínuo, privilegiando a formação em serviço, envolvendo todos os elementos da equipa na partilha de objectivos da organização, bem como na satisfação das necessidades individuais de formação a nível profissional”. Uma organização qualificante facilita a aprendizagem de todos os seus membros e auto-transforma-se continuamente para atingir os seus objectivos estratégicos, sendo “função do departamento de formação apoiar a aprendizagem da própria organização” (Nyhan, 1991: 57).

A aprendizagem tem que ser encarada como uma actividade natural que conduz a uma maior compreensão das situações problemáticas, bem como, ao desenvolvimento de competências para as enfrentar. Deve ser assumida como um empreendimento em que formandos e formadores experientes unem esforços conjuntamente com os menos experientes no sentido da participação cognitiva.

Inquestionável para a aprendizagem, parece ser, pois, a necessidade de complementaridade entre o conhecimento e a experiência. Uma eficiente integração e articulação entre a formação instituída e a formação experiencial constituirão no futuro, as práticas de formação.

1.2. O ENFERMEIRO E A IDENTIDADE PROFISSIONAL

O indivíduo, na multiplicidade de fenómenos que o constituem não pode ser analisado isoladamente do seu contexto social. Mesmo, a própria ideia de individualismo, como refere Abreu (2001b), pressupõe um grau mais ou menos determinado de influência social. Existe, pois, uma interacção recíproca e dialéctica entre o processo psicológico individual e a sua actividade e relações sociais.

A identidade profissional de uma forma simplista, pode ser definida, como a imagem que um indivíduo possui de si próprio, enquanto profissional.

Existem várias perspectivas para análise das identidades profissionais. Numa perspectiva psicossociológica, o indivíduo toma consciência da sua identidade e adopta os pontos de vista dominantes do grupo social em que se insere, devido à sua afinidade, à vivência e partilha de dinâmicas e espaços sociais comuns.

Numa abordagem psicanalítica, de acordo com a proposta de Erikson, referida por Abreu (2001b), existe uma articulação estreita entre a identidade para si e a identidade para o outro, a apreciação pessoal e a comparação social, as ideias individuais e os modelos culturais, o consciente e o inconsciente, o objectivo e o subjectivo, o individual e o colectivo. O processo de configuração identitária é um processo dinâmico e dialéctico, em que o psicológico e o social se articulam de forma integrada.

Para efeitos da realização do nosso estudo integramo-nos numa perspectiva sociológica de construção da identidade profissional, por considerarmos que a construção identitária não ocorre exclusivamente pela pertença do indivíduo a um grupo, também, a trajectória e o seu percurso de vida lhe permitem moldar a identidade.

Numa perspectiva sociológica, como refere Abreu (2001b), a identidade profissional forma-se, sobretudo, através dos processos sociais e reconstitui-se, igualmente, a partir das interacções sociais. Os processos sociais que condicionam as identidades, são em grande medida, determinados pelas estruturas pelas estruturas sociais e pelo seu funcionamento.

A discussão fulcral sobre a construção das identidades profissionais tem a sua origem em dois postulados fundamentais das concepções teóricas de Pinto (1990) e Dubar (1991): o processo de identização e de identificação. A identização é entendida como um processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e a diferenciar-se socialmente, fixando em relação aos outros distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas, enquanto que, a identificação é entendida como o processo através do qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos de pertença ou de referência, fundindo-se com eles de modo tendencial (Pinto, 1990).

Para Dubar (1991), o processo de construção de identidades fundamenta-se nos percursos sociais dos indivíduos, mas em que assumem particular relevância os contextos específicos em que esses percursos se concretizam. “Estes espaços de identificação são configurados, no que respeita às identidades profissionais, pelos contextos organizacionais e técnicos de concretização do trabalho” (Lopes, 2001: 61).

A enfermagem, como destaca Carapinheiro (1997), sente condicionalismos evidentes na sua autonomia profissional, dado que a sua actividade se desenvolve integrada num processo produtivo organizado em torno de vários poderes (médico, administrativo, enfermagem, doente) e em que existe uma profissão dominante – a médica, constituindo um poderoso condicionalismo estrutural das formas e limites de autonomia dos outros grupos.

Mas, mesmo num quadro adverso, estudos recentes de análise sociológica demonstram que, a enfermagem é das profissões que mais tem evoluído no processo identitário e representatividade social, de forma estratégica e persistente, tentando

demarcar-se do poder médico, promovendo-se como profissão autónoma, pelo seu desenvolvimento como ciência e mestria, acentuando o seu desempenho através da formação contínua dos seus profissionais. Neste processo de (re) configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (Abreu, 1997).

No entanto, a enfermagem corre alguns riscos, na medida em que, como afirma Dubar (1997: 50), “aqueles que exprimem uma identidade profissional e consideram o trabalho como uma especialidade que os define inteiramente apenas concebem a formação como um aperfeiçoamento da sua especialidade. Os saberes técnicos são os únicos valorizados porque permitem esta progressão ao longo de uma carreira estruturada em níveis e que deve conduzir à excelência da arte”.

Os cuidados de enfermagem exercem-se, nos serviços hospitalares, por dois grupos de profissionais, os que exercem a sua actividade em horário fixo durante as manhãs e os enfermeiros que trabalham por turnos. Ambos, dão continuidade aos cuidados, vinte e quatro horas seguidas, durante a semana, feriados, ou fim-de-semana. O trabalho é sobretudo à tarefa, há protocolos a cumprir, prescrições e indicações médicas a dar seguimento, doentes que necessitam de conforto físico e quando finalmente há tempo, prestam-se cuidados mais globalizantes, como conforto psíquico, social e familiar. “A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho” (D’Éspiney, 1997: 182).

Abreu (2001a: 18), escreve que, “diversos estudos localizados nas identidades profissionais, têm revelado que, apesar destes se sedimentarem após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, a matriz, a identificação profissional de base, é formada na escola”.

É neste esquema funcional, que se verifica a dificuldade dos enfermeiros aplicarem na praxis quotidiana, os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados. “A melhoria da qualidade do trabalho dos enfermeiros implica uma estrutura organizativa diferente, uma vez que o trabalho, centrado na tarefa, favorece a repetição e a rotina” (D’Éspiney, 1997: 176).

Daí defendermos que existem algumas atitudes que poderão modificar comportamentos, favorecendo a formação pela experiência, como sejam:

- a) Privilegiar a análise de situações clínicas;
- b) Partilhar a formação dos alunos com os enfermeiros dos diferentes serviços;
- c) Promover momentos de cooperação a definir com os enfermeiros, tendo em conta o contexto do serviço;
- d) Promover o debate clínico interdisciplinar.

Para validar estas acções é necessário que se estabeleçam relações de horizontalidade entre os diferentes intervenientes da formação, na parceria dos elementos, cada um desenvolvendo as suas competências, que na totalidade dos actores, sejam uma mais-valia na formação global e desenvolvimento institucional.

Daí, Canário (1994: 26) defender que, “a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo”. E, a partir de 1960, os enfermeiros assumiram-se como os grandes promotores e impulsionadores da criação, organização e desenvolvimento dos Departamentos de Educação Permanente, nomeadamente nas instituições hospitalares, visando a valorização da formação contínua como factor de desenvolvimento profissional. Esta situação viria a manter-se até início da década de 1980, onde outros profissionais da equipa de saúde, assumiram, igualmente, protagonismo nesses departamentos e os enfermeiros, deram início a uma nova fase de valorização da formação, investindo na formação em serviço, na formação em contextos de trabalho (Canário, 1994).

Precisamos ter presente, como refere Abreu (1996), que os adultos ou profissionais não se formam a partir da definição prévia de objectivos, mas sim a partir de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais, de negociações com as diferentes formas de poder e das interacções com os pares.

Se aceitarmos, como defende Dubar (1991, 1997), que a produção das práticas profissionais remete, essencialmente, para processos de socialização profissional, a formação, consiste basicamente, na reinvenção de novas formas de socialização

profissional, o que incentiva a instituição e desenvolvimento, nos contextos de trabalho, de uma dinâmica simultaneamente formativa e de construção identitária que torne possível essa reinvenção.

E, é precisamente nos contextos de trabalho, que as orientações ideológicas e os processos identitários se consubstanciam. Num contexto de novas orientações ideológicas relativamente à saúde, na década de 1950/1960, surge o conceito do cuidar em enfermagem. Este período constitui um marco importante, na medida em que, o modelo curativo paulatinamente dá lugar a um modelo emergente de saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença, tornando-se dois pilares fundamentais na prática do cuidar. “A noção de cuidar constitui o operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem e da sua diferenciação, relativamente às práticas profissionais de outros grupos” (Lopes, 2001: 58).

Existe aqui uma mudança decisiva dos paradigmas orientadores da prestação de cuidados de enfermagem, há mudança do tratar para o cuidar, que tem implícitas duas formas identitárias básicas: a biomédica e a holística. Na biomédica, predomina o tratar, valorizando a componente técnica dos cuidados de enfermagem, sendo a sua prestação realizada em função da doença e dos seus sintomas, numa relação estreita entre os cuidados de enfermagem e os actos e prescrições médicos. Na forma holística, está implícito o cuidar, que valoriza a relação interpessoal, respeitando os valores e a cultura do doente tendo como principal objectivo o auto-cuidado.

Como refere Lopes (2001), a concepção holística do indivíduo surge como um novo operador ideológico associado ao cuidar, direccionando-o para uma abordagem global ao assistido, fundamentando nela a especificidade da enfermagem. O cuidar é proposto e assumido como oposição ao tratar/curar e o ser global por oposição aos aspectos parcelares e o conjunto em detrimento das partes.

Esta mudança de paradigma está bastante enraizada no seio da profissão e é patente no discurso de alguns dirigentes. Martins (2002: 32), afirma que, “é hoje amplamente consensual que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, que requer uma abordagem complexa, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o

auto-cuidado”. Esta relação pressupõe uma visão humanista, assente em relações interpessoais entre o enfermeiro e as pessoas que cuida.

Mais recentemente, entre nós e, muito por influência dos estudos de Abreu (1996, 1997, 2001a), emerge um novo paradigma, com a aproximação dos cuidados de enfermagem a uma *perspectiva antropobiológica*. Segundo Abreu (2001a: 47), esta perspectiva “admite uma abordagem global do indivíduo, tentando entendê-lo no contexto em que se insere – com os seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores, bem como a determinação do impacto da doença nas suas actividades de vida”.

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem são essencialmente dirigidos para a promoção do bem-estar das pessoas, para a ajuda na manutenção do equilíbrio com o meio e, quando tal não for possível, ajudar a pessoa a ter uma morte serena.

Encontrando-se a enfermagem portuguesa numa encruzilhada, onde existem várias orientações rumo a uma identidade própria e à autonomia profissional, é fundamental a emergência e consolidação de diversas perspectivas teóricas e metodológicas, que abram novos espaços de reflexão e propiciem o desenvolvimento profissional, na medida em que permitem articular diversas formas de abordagem e complementam os conhecimentos que gradualmente se vão construindo, aprofundando e complementando.

1.3. ENQUADRAMENTO LEGAL DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O exercício da profissão de enfermagem remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que a partir da segunda metade do século XX, tal como é referido no Decreto-Lei nº104/98 (cria a Ordem dos Enfermeiros), as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, ao seu nível de formação académica e profissional, têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade.

Mas, para se chegar ao momento actual, é preciso recuar no tempo e tentar perceber um pouco da história recente da enfermagem, fazendo luz sobre os mais recentes documentos estruturais da profissão.

Ao nível da formação, até 1975, existiam em Portugal, dois níveis de formação que habilitavam para a prestação de cuidados: curso de auxiliar de enfermagem e curso de enfermagem geral. Nesta altura, procedeu-se à uniformização do nível de formação para todos os enfermeiros que prestavam cuidados: curso de enfermagem geral, de três anos e um curso de equiparação dos auxiliares de enfermagem, que consistiu na realização de um curso de promoção, que decorreu até 1981.

Desde o início da década de 1960 e até 1980, assistimos à criação e desenvolvimento de departamentos de educação permanente, impulsionados pelos enfermeiros e que contribuíram para o desenvolvimento profissional através da valorização da formação contínua.

A partir de 1983, houve uma fase de grande incremento da formação especializada em enfermagem, com o desenvolvimento dos cursos de especialização em enfermagem, frequentados nas escolas pós-básicas, inicialmente, de Lisboa, Porto e Coimbra e que mais tarde se estenderiam a todo o país. Esta fase esteve intimamente ligada à promulgação da carreira de enfermagem de 1981 (Decreto-Lei nº305/81), que criava a categoria de enfermeiro especialista.

Em 1988, o ensino da enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do ensino superior politécnico, os docentes de enfermagem, até aí integrados na carreira de enfermagem, transitam para a carreira docente do ensino superior politécnico.

Mais recentemente, em 1998, fruto das mudanças ao nível da organização do ensino superior, o curso superior de enfermagem, passa a ter a duração de quatro anos, conferindo o grau académico de licenciatura. Outras das consequências decorrentes desta reforma, foram os cursos de estudos superiores especializados passarem a cursos de pós-graduação sem atribuição de qualquer grau académico. Todos os enfermeiros que não detinham um diploma de estudos superiores especializados em enfermagem ou equiparado, para obterem a equivalência à licenciatura, têm de frequentar um curso de complemento de formação.

Por outro lado, a rede pública de escolas superiores de enfermagem é reorganizada e estas passam a estar integradas em institutos politécnicos, universidades e institutos superiores de saúde, existindo algumas que continuam a permanecer como não integradas.

Importa, também, reflectir sobre a forma como se processou o enquadramento legal destes níveis de formação e quais os seus reflexos na implementação do sistema de práticas profissionais.

Até 1981, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros concretizava-se em três carreiras distintas, de acordo com áreas de actuação: saúde pública, área hospitalar e docência. É através do Decreto-Lei nº305/81 de 12 de Novembro que a carreira é unificada, construindo-se apenas uma, independentemente da área de exercício. Desde então, muitas alterações têm sido realizadas, sendo a mais estruturante realizada através do Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro.

A enfermagem, registou, entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução significativa quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do exercício profissional, pelo que seja imperioso reconhecer como significativo o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, como é reconhecido no Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Novembro (regulamento do exercício profissional da enfermagem).

Os enfermeiros, tal como vem consignado nesse diploma, são os profissionais habilitados com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. É-lhes exigido que realizem cuidados de enfermagem, definidos como intervenções autónomas ou interdependentes, a realizar pelo enfermeiro, no âmbito das suas qualificações profissionais.

Consideramos o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem um documento estruturante e uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento da enfermagem e urge que todos os profissionais o redescubram e analisem atentamente.

Como corolário do desenvolvimento da profissão, foi criada em 1998, através do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, a Ordem dos Enfermeiros. Esta conquista

profissional é o reconhecimento máximo por parte do Governo do desenvolvimento e autonomia da enfermagem e do papel relevante que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde. Através da Ordem, o Estado confere aos Enfermeiros os poderes, que antes detinha, de regulamentação e controlo do exercício profissional, aspectos éticos, deontológicos e disciplinares.

Através das competências que detém em matéria de política de saúde, formação e controlo do exercício e da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros é uma referência fundamental, imprescindível e incontornável para o desenvolvimento da enfermagem.

2. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

As primeiras estratégias de supervisão clínica em enfermagem poderão ser encontradas num passado muito remoto, no período áureo da cultura islâmica, em que, segundo Abreu (2002: 53), “os processos de supervisão clínica em enfermagem acompanhavam o que hoje poderíamos caracterizar de avaliação de hospital ou mesmo certificação profissional”.

Harkness e Poertner (1989), citados por Cottrell e Smith (2002), referem que as origens da supervisão estão enraizadas no trabalho social que se exercia no século XIX, pelas sociedades de caridade que pagavam a agentes sociais para supervisionar o apoio moral aos pobres pelos voluntários.

O desenvolvimento da supervisão, segundo Leddick e Bernard (1980), referidos pelos autores anteriormente referenciados, deu-se nas décadas de 1920 e 1930, com a aceitação generalizada da psicanálise, havendo referência às primeiras discussões sobre supervisão clínica na área da enfermagem psiquiátrica desde 1943 (Abreu, 2002).

No Reino Unido, a supervisão clínica em enfermagem, ainda que em fase muito rudimentar teria o seu início antes de 1980. Abreu (2002), refere que foi com Florence Nightingale que começaram a ser lançadas as bases da supervisão clínica em enfermagem e que, posteriormente, com Hildegard Peplau surge a introdução mais consistente e sustentada da supervisão clínica na prática de enfermagem.

Um factor considerado decisivo para o incremento da actual supervisão clínica em enfermagem teria sido uma sucessão de acontecimentos dramáticos em *Bristol, Kent e Canterbury*, com especial destaque para o caso de *Beverley Allitt* (Bond e Holland, 1998). Este caso, que originou a morte e atentados à integridade de muitos pacientes horrorizou a sociedade, que se mobilizou e exigiu a definição de uma política que proporcionasse apoio e acompanhamento sistemático aos profissionais de saúde. E, em 1993, tal como refere Abreu (2002), o Departamento de Saúde do Reino Unido, publicou o documento *Vision for the Future*, em que era definido um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a existência de processos de supervisão clínica em enfermagem.

Na sequência do *caso Allitt*, a supervisão clínica em enfermagem passou a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia apoiar e dar suporte aos profissionais promovendo a segurança dos pacientes.

Outros desenvolvimentos recentes e decisivos têm contribuído para que a supervisão clínica se torne um tema pertinente, actual e urgente em qualquer discussão ou projecto que aponte para a sustentação e desenvolvimento das práticas de enfermagem. Estes desenvolvimentos, segundo Bond e Holland (1998) incluem: grandes mudanças organizacionais; políticas directivas; preocupações sobre a responsabilidade; iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de cuidados; conceitos de reivindicação social integrados numa nova filosofia da enfermagem; transição educacional para uma prática reflexiva; preocupação sobre a saúde dos profissionais e prevenção do *burnout*; aumento do valor colocado nas intervenções terapêuticas e aumento de exigências para a auto-consciência.

Por outro lado, os cuidados de saúde adquirem uma complexidade crescente exigindo cada vez mais dos profissionais. Existe uma mudança profunda dentro das estruturas organizacionais da saúde, que engloba não só evolução tecnológica e novas formas de gestão, mas também, novas filosofias de prestação dos cuidados, recaindo esse impacto fortemente no pessoal de enfermagem. Swain (1995) afirma que a organização muda continuamente exigindo cada vez mais flexibilidade aos profissionais. Mas, sabemos que o desempenho profissional de qualidade, ao mesmo tempo que exige criatividade dos profissionais, com desenvolvimento de ideias imaginativas requer estabilidade profissional, apoio e orientação. Há um reconhecimento crescente de que a supervisão clínica em enfermagem pode ser o sistema que proporciona essa estabilidade, apoio e orientação que permitirá aos profissionais encararem positivamente o futuro e ajustarem-se às mudanças das organizações.

É esta a discussão que nos propomos aprofundar sobre a supervisão clínica, tentando clarificar alguns conceitos (gestão, chefia, liderança, supervisão e supervisão clínica), analisar alguns dos modelos mais marcantes da supervisão clínica na actualidade, reflectir sobre a incidência da supervisão clínica e as condicionantes organizacionais para, finalmente, abordar a relação supervisiva e a qualidade das práticas.

2.1. CONCEITOS E MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A revisão da literatura transmite claramente a ideia de que existe uma dicotomia de opinião e interpretação sobre a supervisão clínica. Alguns autores apontam-na como a mais recente inovação para o desenvolvimento profissional e parecem muito optimistas quanto aos seus resultados futuros. Outros, pensam que esta é outra estratégia que será utilizada pelos chefes de serviço para avaliar o seu pessoal e estão cépticos quanto ao seu processo de desenvolvimento.

Perante este quadro, justifica-se uma análise prévia de alguns conceitos comumente associados à supervisão e acompanhamento das práticas clínicas, como sejam: gestão/gestor, chefia/chefe, liderança/líder, supervisão/supervisor e avaliação/avaliador.

A gestão é definida por Bertrand e Guillemet (1994: 193), como “a arte da acção eficaz”. A tarefa do gestor, consiste em ser capaz de conduzir, num dado contexto, um grupo de pessoas que, trabalhando em comum, devem atingir objectivos relacionados com a missão da organização (Frederico e Leitão, 1999).

Funcionando num contexto de grande incerteza o gestor deve recorrer a toda a sua experiência e apoiar-se numa rede de informadores (superiores, colegas, subordinados e outras fontes exteriores à organização) e procurar identificar continuamente problemas ou possibilidades de acção, tentando encontrar meios de lhes corresponder e fazendo uma avaliação contínua de todo o processo.

A acção do gestor, como referem Bertrand e Guillemet (1994), é particularmente árdua, pois não existem, técnicas aplicáveis de maneira universal, nenhuma permite avaliar a incerteza ou garantir infalivelmente o desempenho organizacional e, sobretudo, nenhuma substitui a experiência profissional do gestor. Cada um deve descobrir a forma mais conveniente de agir numa situação particular e irrepetível.

Uma das áreas mais estudadas na gestão é o universo das práticas de chefia. As chefias exerceram sempre um grande impacto na vida quotidiana das pessoas que trabalham nas diversas organizações, constituindo um importante factor de estudo. A

especificidade e a importância das suas acções são determinantes para a eficácia das organizações mas, também, para perceber a evolução dos modelos tradicionais de chefia para outros conceitos, que pressupõem novas perspectivas de abordagem, como a supervisão e a liderança.

Na primeira metade do século XX, de acordo com Ceitil (2001), os chefes eram responsáveis pela difusão e aplicação dos objectivos estratégicos da organização aos níveis inferiores da cadeia hierárquica. Esse papel fundamental para a coesão e funcionamento harmonioso de toda a estrutura era exercido centrando-se na função de controlo, que era exercido através da autoridade disciplinar e sancionatória.

Essas influências são bem visíveis na enfermagem, podendo ser encontradas bem vinculadas na primeira carreira de enfermagem, Decreto-Lei nº37418 de 18/5/49, em que era referido no seu artigo 2º e ponto 1 que, ao enfermeiro geral competia especialmente a orientação e fiscalização do serviço de enfermagem de um hospital e bem assim a do pessoal auxiliar desses serviços. Ainda no mesmo diploma, no seu artigo 4º era estipulado que, “o enfermeiro geral e os enfermeiros chefes e subchefes respondem especialmente pela manutenção da disciplina e pelas deficiências verificadas no serviço de enfermagem”.

Esta função de chefia, de cariz eminentemente empresarial e cuja finalidade era essencialmente correctiva, exercida através do controlo funcional, disciplinar e sancionatório conduziu ao desgaste da imagem dos chefes e o modelo disciplinar foi evoluindo para modelos de gestão mais participativa, que incentivavam o envolvimento e participação dos recursos humanos, considerando esse processo condição indispensável para se conseguir um bom desempenho.

E assim, segundo Ceitil (2001), assistimos a um novo paradigma da chefia, que tem subjacente a ideia que chefiar não é apenas “mandar e controlar” mas, também, comunicar, envolver, motivar e influenciar positivamente o comportamento das pessoas. As organizações passam a delegar nas chefias uma parte das responsabilidades pela resolução dos problemas da gestão intermédia, incluindo a gestão quotidiana das equipas profissionais, a gestão dos conflitos e a avaliação do mérito do desempenho profissional.

A enfermagem sofreu estas influências de que são exemplo o Decreto Regulamentar nº3/88 de 22 de Janeiro, que regulamenta a gestão hospitalar e que, determina no seu artigo 30º, ponto 2, que ao enfermeiro chefe, entre outras funções

competer: supervisionar os cuidados de enfermagem, garantindo a máxima eficiência e qualidade e promovendo a sua constante melhoria e actualização; garantir a existência na unidade das melhores condições de humanização e hoteleiras; programar as actividades da unidade, definir as responsabilidades e obrigações específicas do pessoal de enfermagem e demais pessoas sobre a sua responsabilidade; colaborar na preparação do plano de acção e da proposta de orçamento respectivo e contribuir para a sua execução; prover a utilização económica dos recursos; desenvolver e incentivar um clima de trabalho participado e em equipa, dando particular atenção a reuniões periódicas de avaliação dos cuidados, da produtividade e dos custos e, por fim, manter a disciplina do pessoal sob sua orientação e assegurar o cumprimento integral do regime de trabalho que o liga ao hospital.

Mais, recentemente, entrou em vigor o Decreto - Lei nº188/2003 de 20 de Agosto, que reformula a regulamentação da gestão hospitalar, nos hospitais do sector público administrativo, mantendo como funções do enfermeiro chefe a supervisão dos cuidados de enfermagem e a garantia da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A abertura de horizontes proporcionada por este novo paradigma propiciou um período áureo da enfermagem. Esta, como qualquer outra ciência social e humana, bebe sabedoria na capacidade de partilhar experiências, no efeito multiplicador da diversidade, havendo múltiplos momentos de partilha e enriquecimento pessoal e profissional, como sejam, as reuniões de serviço, as passagens de turno, a formação em serviço, que constituem momentos por excelência de desenvolvimento pessoal e profissional, através da transacção de conhecimentos e reflexão sobre os mesmos.

Também ao nível da avaliação de desempenho e mérito profissional foi possível conceber um sistema inovador, motivador e participado criado pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho nº 2/93 de 30 de Março.

Estabelece-se uma relação privilegiada entre o avaliador (enfermeiro chefe) e o avaliado para discutir o que se espera do outro e como essas expectativas estão a evoluir. É neste processo que a supervisão é regulação sistemática e continuada e as entrevistas periódicas de orientação os momentos únicos e insubstituíveis. O avaliador e o avaliado negociam objectivos, reflectem sobre hipóteses que melhor sirvam esses objectivos e definem estratégias para os atingir.

As entrevistas de orientação são muito mais do que uma simples revisão do desempenho profissional, devendo evoluir naturalmente para uma discussão de como o enfermeiro deve desenvolver melhor trabalho no futuro, ao mesmo tempo que são delineadas as suas ambições, aspirações e expectativas pessoais.

Mas, esta evolução, tal como refere Ceitil (2001), acarretou alguns problemas e dificuldades, nomeadamente por falta de formação, competência e factores de ordem pessoal. As chefias habituadas a um modelo de controlo correctivo e disciplinar, não tinham desenvolvido competências adequadas para comunicar eficazmente com os seus colaboradores, conduzir reuniões de equipa, apelar ao empenhamento e participação, ou ainda, fazer entrevistas de orientação ou avaliação.

Por outro lado, como constatou Ceitil (2001), não foram delegadas nos chefes competências nem influência para participar nas decisões importantes que interferem com o quotidiano profissional das pessoas, tal como não lhes foram delegados poderes para gerir incentivos, recompensas ou punições, nem mesmo para negociar condições laborais. Isto implica que, às chefias compete gerir os descontentamentos, os problemas e reivindicações dos profissionais relativamente às decisões estratégicas das organizações, mas não lhes é conferido poder para participar ou influenciar essas mesmas decisões.

Independentemente destes problemas que afectam as chefias operacionais, existe a convicção de que estas se vão distinguindo pelos efeitos produzidos pelas acções sobre os comportamentos e atitudes profissionais dos colaboradores.

O que se verifica é que muitos profissionais, além do exercício formal da chefia, conseguem desenvolver e aperfeiçoar uma extraordinária competência, que consegue inspirar confiança nos colaboradores e os leva a aderir aos objectivos e desafios propostos pelas organizações em contextos instáveis e complexos. É essa competência que habitualmente designamos por liderança.

Aqui é que residem as questões substantivas do problema, é que “há pessoas que, exercendo funções formais de chefia, conseguem ter uma liderança efectiva sobre os seus colaboradores; contrariamente, há pessoas que, embora sendo formalmente chefes, não conseguem desenvolver o ascendente necessário para se tornarem líderes, e há ainda outras pessoas, que não estando formalmente investidas da responsabilidade formal da chefia, conseguem ser verdadeiros líderes informais” Ceitil (2001: 28).

Mas o que é verdadeiramente a liderança? Como se reconhece um líder, que qualidades e características necessita ter?

A liderança, segundo Chiavenato (1987), constitui um dos temas mais pesquisados e estudados nos últimos 50 anos e pela análise de alguns estudos realizados, podemos verificar que existem inúmeras tentativas de definição do conceito, existindo entre elas alguns pontos de convergência. “A liderança tem sido entendida como características de personalidade, como forma de induzir obediência, como exercício de influência, como comportamentos específicos, como meio de persuasão, como relação de poder, como meio de alcançar objectivos, ou como uma combinação de diversos elementos” (Neves, 2001: 378). Referindo, ainda, que a liderança pode expressar-se mediante quatro actividades de gestão: criar e manter relacionamentos, obter e fornecer informação, influenciar as pessoas e tomar decisões.

Um conceito mais elaborado é proposto por Sousa (1996: 149), que entende a liderança como “um processo de influência social no qual o líder procura obter a participação voluntária dos subordinados num esforço para atingir os objectivos da organização.” Um líder eficiente será, pois, um indivíduo que influencia os seus seguidores de modo a atingir um serviço de elevada qualidade.

Jesuino (1989: 67), sustenta que, “a liderança ao ser exercida aos níveis operacionais pode ser considerada como uma actividade subsidiária da actividade de gestão. Se porém elevarmos o nível de análise e se adoptarmos a perspectiva organizacional, a liderança deverá ser considerada como a actividade mais importante dos executivos de topo, enquanto que as actividades de gestão passam a um nível subsidiário”.

Um líder é considerado uma pessoa que gera novas ideias, estimula o entusiasmo para realizar o trabalho e consegue que as pessoas efectuem esse trabalho porque são encorajadas a fazer o melhor. Os líderes, como reconhecem Frederico e Leitão (1999: 85), “exercem influência sobre os subordinados levando-os a agir. Esta capacidade de fazer mover os outros voluntariamente e de forma útil para a organização não se encontra no mesmo grau em todos os indivíduos que ocupam lugares de chefia”. A liderança não deriva de um estatuto formal, é antes fruto de uma interacção sistemática e continuada entre uma pessoa que se assume como líder e um grupo de pessoas que são lideradas. Como afirma Ceitil (2001: 28), “ao contrário do que acontece no *universo da chefia*, onde, pelo facto de

esta ser uma categoria formal, ser possível encontrar pessoas com a categoria profissional de chefes... sem serem efectivamente chefes, no *universo da liderança* uma pessoa só pode ser líder... se houver outras pessoas que se sintam por ele, ou por ela, liderados”. Daí que, não se possa confundir a função com a capacidade do indivíduo para o seu exercício.

Uma das mais conseguidas distinções entre gestão e liderança foi proposta por Bennis e Nanus (1985), citados por Neves (2001: 395): “gerir consiste em realizar, em assumir responsabilidades, em comandar; liderar consiste em exercer uma influência, em guiar, em orientar. Aqueles que gerem, a quem chamamos gestores, sabem o que devem fazer, aqueles que lideram, a quem chamamos líderes, sabem o que é necessário fazer”.

Estas primeiras reflexões desmentem categoricamente as pessoas que frequentemente utilizam os conceitos de gestor, chefe e líder como se fossem sinónimos, o que não é rigorosamente verdade. Existem características fundamentais e imprescindíveis para que um indivíduo possa ser líder, tendo Frederico e Leitão (1999), identificado a visão, a integridade (conhecimentos, auto-confiança e maturidade) e vontade de assumir riscos. Outras lhes poderíamos acrescentar, como a capacidade de comunicação e o sentido de responsabilidade.

O termo supervisão suscita alguma apreensão. Inicialmente, trazia associado a ideia de inspecção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática tradicional de supervisão, perdurou durante muitos anos na indústria e também na enfermagem, anulando a iniciativa e produtividade das pessoas, reduzindo-as exclusivamente a peças de uma engrenagem.

Gradualmente, o conceito foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, actualmente, predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém activamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar.

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (1983: 113), afirma que, “baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de

peessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos”.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão.

Num processo de supervisão, ainda que seja importante o trabalho realizado e as condições em que foi realizado, o foco de atenção principal é sempre o trabalhador. O objectivo fundamental é a supervisão, formação e orientação do indivíduo, baseado nas suas necessidades e dirigida a utilização plena das suas capacidades, tendo em vista o desenvolvimento de novas capacidades. O supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os indivíduos, estimulando-os individualmente e motivando-os para que superem as suas expectativas pessoais, proporcionando a ajuda e orientações necessárias, ao mesmo tempo que lhes incute as atitudes adequadas, o interesse e bons hábitos de trabalho.

Kron (1983: 114), sintetiza estas suas ideias num conceito muito lato dirigido aos enfermeiros, dizendo que:

“a supervisão é planeamento, direcção, orientação, ensino, observação, estímulo, correcção, elogio e avaliação, continuamente, a todos os trabalhadores, com paciência, tacto e justiça, de modo que cada um possa fazer o seu trabalho e prestar assistência de enfermagem habilmente, seguramente, correctamente e completamente, segundo as suas capacidades, tendo presentes as limitações do seu trabalho”.

A supervisão relacionada com competência e eficiência é essencialmente uma orientação da gestão. Esta aproximação, com ênfase nos recursos, orientação de mercado e avaliação da qualidade dos cuidados, está em conflito com uma abordagem de desenvolvimento profissional Kelly *et al* (2001).

Para Northcott (2000), a supervisão administrativa é uma responsabilidade contínua de todos os enfermeiros colocados em cargos de gestão, e tem como principal objectivo monitorizar o desempenho das pessoas. A incorporação da supervisão clínica numa estratégia de administração constitui a base de um dos debates mais significativos da sua

implementação no seio da enfermagem. Uma discussão profunda sobre este assunto tem permitido uma maior consciencialização e aprofundar diversas análises.

Margaret Buttegieg, na introdução da obra de Swain (1995), “*Clinical Supervision: The principles and the process*”, defende que, “supervisão administrativa e supervisão clínica são funções diferentes e não deveriam ser empreendidas pela mesma pessoa”. Essa opinião é partilhada por inúmeros autores (Kohner, 1994; McCallion e Baxter, 1995; Burrow, 1995; Swain, 1995; Bond e Holland, 1998), utilizando os mais diversos argumentos, dos quais destacamos:

- a) A supervisão clínica conduzida de forma administrativa conduz a uma prática restritiva em vez de reflexiva e de desenvolvimento.
- a) A gestão de um serviço e, cumulativamente, a execução da supervisão, acarreta uma situação de stress adicional que pode levar prematuramente à exaustão pessoal.
- b) Os enfermeiros não apreciam a identificação e análise de problemas com os seus chefes, mas fá-lo-iam livremente com outras pessoas que lhe inspirassem mais confiança.
- c) É difícil um supervisor poder conciliar uma função disciplinadora com um supervisionado, sem afectar seriamente o relacionamento próximo que a supervisão clínica tende a construir.
- d) A supervisão clínica deve claramente ser separada das matérias que se relacionam com incentivos, promoções ou disciplina.
- e) Qualquer conotação com psicoterapia ou aconselhamento, administração directiva, avaliação de desempenho individual ou avaliação de pessoal, contribui para afastar os enfermeiros da supervisão clínica, por temerem que esta possa ser usada contra si.
- f) As estratégias de gestão e a supervisão das práticas, associada às áreas de gestão e administração para controlo económico, impedem a relação supervisiva, inviabilizando a oportunidade de resolução de problemas.

Mais afirmativa foi a *United Kingdom Central Council* (1996), ao estipular na sua declaração de princípios, que a supervisão clínica não poderia ter carácter de subordinação

hierárquica, nem ser confundida com controlo administrativo ou avaliação de desempenho. A supervisão clínica é distinta da supervisão administrativa, apoiando-se numa visão diferente. A supervisão é uma forma de apoio clínico profissional. Refere, ainda, que o supervisor clínico deve ser indicado por quem necessita ser apoiado nas suas práticas, não devendo ser designada directamente pela organização.

Apesar do conhecimento de enfermagem em supervisão clínica ter crescido rapidamente nos últimos anos, continua a existir uma considerável confusão e concepções erróneas entre os profissionais sobre a sua natureza não existindo uma definição universalmente aceite e, até mesmo o termo “supervisão clínica” não reúne consenso.

Bond e Holland (1998), afirmam que o termo *supervisão* tem sido encarado com suspeição, dado o seu significado poder ser associado ao controlo da actividade das pessoas, à verificação da conclusão de um trabalho e se a sua realização foi feita de forma adequada e efectiva. Também, trabalhos de Bond (1996) e Woodhouse e Pengelly (1991), concluem que, tais visões negativas, provavelmente, reflectem as más experiências de muitos profissionais que trabalham em climas predominantemente desencorajadores e fortemente críticos (Bond e Holland, 1998).

Por outro lado, a referência à palavra *clínica*, pode ser conotada negativamente por muitos enfermeiros, que trabalham em contexto hospitalar, por a associarem ao modelo biomédico de prestação de cuidados.

O facto do termo “supervisão” até à década de 1990, tal como refere Northcott (2000) ter sido associado aos psicólogos, parteiras e gestores em geral, despertou alguma desconfiança, apesar de no universo da psicologia ser claramente identificada como uma estratégia de desenvolvimento, como poderemos confirmar através das análises de Williams e Pereira (1999), sobre vários modelos de supervisão em aconselhamento e nos sistemas de formação. Nas suas análises realçam a necessidade de compreender a pessoa, quer do supervisor, quer do supervisionado, enquanto indivíduos únicos, destacando, também, a necessidade de formação contínua dos supervisores

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá,

consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995), articular as várias etapas: reflectir, entender, conceptualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Independentemente das concepções e aspectos que recolhemos das várias definições de supervisão, Brocklehurst (1994), citado por Abreu (2001a), identifica um conjunto de aspectos que são comuns aos diversos conceitos:

- a) A relação é uma dimensão central no processo de supervisão;
- b) A supervisão clínica está subordinada a um conjunto de definições e propósitos (assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e dar suporte à equipa);
- c) O processo de supervisão implica a existência de uma estrutura e de procedimentos específicos: início do processo, experimentação e autonomização e distanciamento crítico;
- d) O processo de supervisão só será bem sucedido se houver um forte empenhamento de ambos os actores.

Um documento do *United Kingdom Central Council*, “Visão para o Futuro” (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade profissional e de protecção dos utentes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a auto-avaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas.

Finalmente, *United Kingdom Central Council* (1996), descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais.

Uma definição que nos parece traduzir e explicitar melhor estes aspectos foi proposta por Bernard e Goodyear (1998: 6), que reputamos de coerente e adaptada ao nosso contexto:

“An intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior member or members of that same profession. This relationship is evaluative, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s), monitoring the quality of professional services offered to the client(s) she, her or they see(s), and serving as a gatekeeper those who are to enter the particular profession”.

Um modelo é um mapa, uma estrutura para descrever para onde vamos, como vamos e o que podemos utilizar no percurso da acção. Na supervisão clínica os modelos dirigem-se a finalidades e alvos da supervisão, o tipo de aproximação a ser adoptada na relação interpessoal, *feedback* e na continuação da sustentação. São métodos para avaliar processos e resultados (Cottrell e Smith, 2002).

Existe uma variada gama de modelos de supervisão que se diferenciam de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem seus próprios méritos.

Munson (2002), refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspectivas, destacando as seguintes como mais pertinentes:

1. *Perspectiva de personalidade:* envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a actividade da prática e a relação de supervisão.
2. *Perspectiva de situação:* esta relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram como parte do processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.
3. *Perspectiva organizacional:* ênfase colocada na função ou na organização e no modo como a supervisão serve para implementar, efectivamente, as metas e objectivos organizacionais.
4. *Perspectiva de interacção:* baseia-se na interacção entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interacção é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão.

Os diversos actores do processo supervisivo deverão acordar o modelo de supervisão que melhor responda às suas necessidades. Mas, para promover um modelo de

reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:

- a) Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);
- b) Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);
- c) Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

Como sabemos, o trabalho dos enfermeiros tem uma variedade ampla de actuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Daí que, nas últimas décadas tenham surgido diversos modelos de supervisão clínica em enfermagem: Proctor (1986, 2001), Hawkins e Shoet (1989), Page e Wosket (1994), Butterworth e Faugier (1994).

Um dos modelos de supervisão clínica mais antigos e importantes foi proposto por Proctor (1986) – o “*supervision alliance model*”. Esta autora, enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisionado. Existe uma estrutura, que integra os gestores, que têm que administrar o serviço dentro de constrangimentos financeiros; existem outros profissionais de saúde e os utentes que são as figuras centrais em todo o processo. Cada utente é um ser único e destinatário último e privilegiado do processo, constituindo os utentes no seu conjunto a face pública da qualidade de cuidados desenvolvida num serviço.

Proctor (1986, 2001), refere a aliança de trabalho que se estabelece entre o supervisor e o trabalhador, em que o profissional pode reflectir sobre si próprio e a sua acção, receber *feedback* e orientação apropriada. O supervisor é responsável por criar um clima e uma relação que permita ao supervisionado reflectir sobre a sua prática profissional, dentro de limites claros de liberdade e responsabilidade previamente acordados entre a administração, o supervisor e o supervisionado, inseridos num contexto supervisivo específico.

O modelo de Proctor (1986), adquiriu grande influência dentro da enfermagem tendo sido seleccionado como modelo de formação por estudantes de uma grande diversidade de especialidades de enfermagem, mas é um modelo aplicável em qualquer área da profissão. Descreve como são organizadas as funções de supervisão, as orientações fundamentais e os conteúdos das sessões de supervisão. As suas ideias estruturantes emergiram da prática profissional e as tarefas e responsabilidades do supervisor clínico, que congregam as funções essenciais da supervisão clínica – normativa, formativa e restaurativa – constituem os componentes fundamentais e mais expressivos do modelo:

- a) *Função restaurativa*: dá atenção às necessidades emocionais do profissional de enfermagem. Função que provê apoio para permitir à pessoa lidar com o que aconteceu e se mudou (Butterworth e Faugier, 1994).
- b) *Função formativa*: focaliza-se no desenvolvimento das competências. É a função que habilita o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão, explorando a experiência de trabalho da pessoa;
- c) *Função normativa*: ajuda a assegurar padrões de qualidade profissional e os papéis de profissional/organizacional se centrem no bem comum. É a função que inclui a provisão de controlo de qualidade;

Abreu (2002), refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais: a) o reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade; b) o reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor (2002) é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como “um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direccionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais” (Abreu (2002: 55). Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversas variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se o processo em seis etapas, que podemos analisar esquematicamente (quadro 1).

Quadro 1: Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objectivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais).
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
Contextualização	Definição de objectivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Implementação das acções planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Fonte: Abreu (2002: 55), adaptado de Nicklin (1997)

Existe uma gama extensa e variada de tipos ou grupos de modelos de supervisão clínica. Os exemplos aqui apontados são uma minoria do grande leque de modelos disponível. Nenhum é melhor do que o outro, o contexto profissional e de supervisão é que vai determinar a escolha por um ou por vários se a situação a analisar assim o exigir. De acordo com estas propostas, o enfermeiro supervisionado e o supervisor clínico acordarão o modelo de supervisão que melhor responda às suas necessidades, havendo sempre a possibilidade de se desenvolver um modelo próprio.

2.2. SUPERVISÃO CLÍNICA E CONDICIONANTES ORGANIZACIONAIS

O supervisor clínico não pode desempenhar adequadamente o seu papel sem um conhecimento profundo do contexto organizacional, ou da cultura dentro da qual tem que trabalhar. Sparks e Loucks-Horsley (1989), referidos por Bernard e Goodyear (1998), esboçaram as condições organizacionais necessárias para o desenvolvimento profissional do corpo docente. Aplicando-as à supervisão clínica, com algumas adaptações seriam:

- a) *As pessoas têm algumas metas em comum.* É essencial que seja valorizada a organização da supervisão clínica e não o supervisor ou a pessoa que avança com a ideia. Quando uma meta da organização for a supervisão clínica ser efectiva, mais recursos serão dedicados ao seu planeamento e implementação.
- b) *A organização promove desenvolvimento profissional.* As metas da supervisão clínica só podem ser atingidas quando os actores perceberem o desenvolvimento profissional como um bem. Um clima onde as pessoas estão equilibradas e cumprindo os seus deveres de uma maneira profissional é um anátema desafiador para os supervisionados tirarem proveito das várias oportunidades que se lhes deparam.
- c) *A progressão para as metas é monitorizada activamente em vez de se esperar pela avaliação dos resultados.* Para uma organização confiante é vital uma monitorização frequente para se estar seguro de que se está no rumo certo. São identificados os obstáculos e controlados como um desafio organizacional, em

vez de permitir que uma situação se vá deteriorando até ser avaliada, concluindo-se por uma falta de competência particular de colegas de serviço.

- d) *O apoio para a supervisão clínica é apropriado e generoso.* Tão importante como metas compartilhadas é uma atmosfera colegial onde há apoio suficiente para reforçar as metas da supervisão clínica. Sendo as pessoas o mais precioso dos bens, a organização deve ser generosa com os seus recursos.

Embora estas descrições do contexto organizacional possam estar incompletas, proporcionam ideias para o supervisor clínico começar a avaliar se uma organização está preparada para apoiar as funções da supervisão clínica.

Outro aspecto, de análise fundamental, é o da autoridade do supervisor clínico. Segundo Munson (2002), desde que o supervisor se habitue a trabalhar como um profissional autónomo e, dado a maioria dos supervisados serem profissionais experientes, a natureza e extensão da autoridade do supervisor é vaga, pouco estruturada e limitada nas sanções. Até mesmo no ensino clínico, a autoridade é ténue, porque o supervisor é, frequentemente, um representante da instituição educativa com pouca delegação de autoridade e, ainda, porque os formandos são encorajados na sua preparação a serem profissionais autónomos. A autoridade do supervisor clínico é indirecta, reside na habilidade da pessoa, como profissional qualificado, sancionado pela organização e pela profissão.

Centrando a análise mais especificamente nas condicionantes organizacionais, diremos que os hospitais são dominados, essencialmente, através de práticas administrativas hierárquicas verticais, com pequeno espaço de manobra para a descentralização de tarefas e responsabilidades administrativas nos enfermeiros, não sendo de esperar que aconteçam mudanças significativas num cenário de introdução da supervisão clínica em enfermagem.

Os constrangimentos financeiros e a limitação dos recursos humanos assumem-se como um obstáculo importante à sua introdução. Como refere Munson (2002), dependendo da habilidade, experiência e salário do supervisor e do supervisado, cada hora de supervisão individual nos Estados Unidos, representa entre \$80 e \$120, daí que, num ano os custos possam variar entre \$4,000 e \$6,000. Num período em que a política na saúde visa a contenção dos custos administrativos e se valoriza mais a vertente técnica e a

formação profissional, adivinham-se dificuldades acrescidas para a implementação da supervisão clínica em enfermagem.

Gifford *et al* (2002), referem que, o esforço na contenção de custos força muitos hospitais a reduzir o trabalho e a rever as suas expectativas de aumento de produtividade, recorrendo ao uso de medidas de eficiência. Porém, as estratégias para economizar custos de mão-de-obra podem, a médio prazo, revelar-se contraproducentes para os hospitais.

Os enfermeiros constituem a maior percentagem de prestadores de cuidados num hospital e, quando um enfermeiro é despedido ou não lhe é renovado o vínculo, as consequências podem ser significativas para o hospital e para os restantes enfermeiros, para os médicos e pacientes. Os efeitos da desvinculação de um enfermeiro repercutem-se nos restantes e incluem: um aumento da carga de trabalho e a perda de profissionais experientes. Tal situação, como referem Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford *et al* (2002), pode diminuir a satisfação no trabalho dos enfermeiros e aumentar o *burnout*.

Também é provável que a qualidade dos cuidados se deteriore com cargas de trabalho de aumentadas e diminuição do nível de experiência profissional. São cometidos mais erros, as reclamações dos pacientes aumentam à medida que as tensões sobem e a qualidade dos cuidados de enfermagem diminui. Um resultado negativo num paciente pode ser muito mais caro, directa e indirectamente, que os salários de vários enfermeiros. Rácios baixos enfermeiro/pacientes foram, também, associadas a resultados de cuidados a pacientes menos satisfatórios (Hartz, 1989). Noutro estudo, englobando 84 hospitais que reduziram o pessoal em 4% ou mais, verificou-se um aumento estatístico significativo nas taxas de mortalidade subsequentes (Murphy e Murphy, 1996).

Mas, é incontornável pensar-se na necessidade de afectar inicialmente uma percentagem de recursos humanos à supervisão clínica, para desempenho de funções de supervisão. Outro dos argumentos utilizados e, igualmente, referido por Munson (2002), é que com frequência os actores não têm consciência dos custos envolvidos na relação supervisiva, pelo que, com falta de planeamento, atrasos, sessões canceladas, comunicação pouco pertinente e especulação clínica, tornam o processo supervisivo caro e injustificável.

Este é um argumento falacioso muito utilizado pelas administrações de cariz burocrático, mas que estudos recentes desvalorizam, concluindo que, os custos

conseguidos através da eliminação da supervisão são mínimos quando comparados com os da produtividade acrescida conseguidos através da implementação dessa mesma supervisão (Munson, 2002),.

O que é fundamental perceber é que a quantidade de supervisão não é um factor fundamental, deve é ser pertinente é necessária maior efectividade e eficiência, dentro de um quadro predefinido de práticas de supervisão, não esquecendo o contexto e as estruturas em que se desenvolvem.

Os objectivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos utentes.

Cutcliffe, (2001), Bond e Holland (1998), Bernard e Goodyear (1998), entre outros, afirmam que as intervenções formativas dos supervisores relativamente aos supervisados têm reflexos na qualidade dos cuidados aos utentes e apontam algumas orientações para o processo de supervisão contemplando: aumento da efectividade profissional através da reflexão sobre as práticas profissionais; avaliação da qualidade das práticas através da aplicação de critérios objectivos, previamente definidos e, por fim, apoiar e dar suporte aos profissionais no decurso das suas intervenções.

Este investimento nas pessoas e na qualidade dos cuidados é um processo com resultados a médio e longo prazo e, atendendo à elevada mobilidade dos recursos humanos na saúde, as administrações dos hospitais estarão mais predispostas a continuar a investir na formação técnica com resultados imediatos na eficiência profissional do que incentivar e aumentar o desenvolvimento profissional de forma consistente e prolongada. Quando o investimento tiver como meta a qualificação dos recursos humanos e a melhoria dos recursos financeiros e processos administrativos de forma drástica, então poderão estar criadas as condições necessárias para melhorar o profissionalismo e investir na supervisão clínica.

Thomas e Reid (1995), alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

- a) Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa;

- b) Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- c) Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira actividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de obviar ou minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Tal como refere a *United Kingdom Central Council* (1996), referida por Cutcliffe (2001), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização. As administrações poderão definir o perfil dos supervisores e elaborar uma lista com os profissionais habilitados para fazerem supervisão.

Kohner (1994) identifica alguns benefícios importantes que a supervisão clínica pode trazer às organizações actuais e aos serviços:

- a) Deve ser encarada como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e pode aumentar a necessidade de estabelecer padrões e auditorias clínicas;
- b) Pode melhorar desempenho de pessoal pelo desenvolvimento de responsabilidade individual;
- c) Tem de ser vista como um investimento de pessoal desde que reconheça e afirme o valor dos enfermeiros e da enfermagem;
- d) Possibilita um desenvolvimento profissional que encoraja crescimento profissional por aprendizagem experiencial.

As organizações têm sido muito pragmáticas na adopção da supervisão clínica da enfermagem e, na ausência de conhecimento e de pesquisas mais efectivas sobre o assunto, têm adiado a formação dos supervisores e a implementação da supervisão das práticas. Os compromissos financeiros a afectar para a supervisão clínica ainda são obscuros e, enquanto isso, num ambiente de competição contínua, as organizações parecem estar muito cautelosas em dar um passo no desconhecido.

Bond e Holland (1998), identificaram vários aspectos importantes e interrelacionados que influenciaram decisivamente a introdução da supervisão clínica no Reino Unido e que, resumidamente foram: a) mudanças organizacionais importantes; b) políticas directivas; c) preocupações sobre a responsabilidade profissional; d) iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados; e) conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem; f) mudanças educacionais para práticas reflexivas; g) interesse sobre a saúde dos profissionais e a prevenção de burnout; h) incremento do valor da intervenção terapêutica e exigências concomitantes para a auto-consciência dos profissionais.

Também em Portugal, num contexto algo semelhante a este a supervisão clínica em enfermagem começa a emergir como um assunto significativo em círculos restritos de reflexão em enfermagem, apresentando-se como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais. A aposta na supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2002), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas. Independentemente de sabermos se irá conseguir impor-se entre nós, a supervisão clínica em enfermagem entrou decisivamente no vocabulário dos enfermeiros e afigura-se-nos que poderá constituir num futuro próximo uma verdadeira revolução de mentalidades.

2.3. A RELAÇÃO SUPERVISIVA E A QUALIDADE DAS PRÁTICAS

As preocupações com a qualidade tiveram origem na indústria no início do século XX, no qual se procurava controlar a qualidade dos produtos após a sua produção, detectando-se os defeitos só depois de estes terem acontecido. Esta forma de proceder não resolvia os problemas da qualidade dos produtos e serviços, pelo que mais tarde a ênfase foi dirigida às competências dos profissionais, às actividades desenvolvidas, aos resultados dos desempenhos e aos recursos utilizados, constituindo hoje a qualidade em saúde, um aspecto incontornável em toda a política de saúde. Independentemente das estratégias que

se pretendam implementar, existirão sempre fortes pressões e motivações (económicas, sociais, políticas, profissionais) para que a qualidade seja uma realidade.

O conceito de qualidade é extremamente difícil de definir, na medida em que tem significados diferentes para diferentes pessoas, porque esta é definida em relações e a graus de excelência. Quase todas as pessoas têm uma opinião própria sobre o que é qualidade, confundindo-se, por vezes, com *caro*, *excelente*, *prestígio* ou simplesmente *bom*.

Lopes e Nunes (1995: 11), referem que, “a qualidade é uma cultura e que só se atinge com a interiorização e a vivência, esforço contínuo de todos para fazer bem, produzir o melhor, definir o que é desejável e atingir em conformidade com os padrões definidos. A qualidade exige uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores o que está correcto e é desejável.”

Taylor (1998) distingue diversos níveis de qualidade:

- a) Qualidade do sistema, quando está em causa a prestação de cuidados de saúde a uma comunidade e a afectação de recursos com definição de regras claras, justas e equitativas;
- b) Qualidade da administração hospitalar, que consiste na implementação de critérios de qualidade que correspondam às expectativas da população que é servida por uma unidade hospitalar;
- c) Qualidade profissional, que se refere a boas práticas profissionais: medicina, enfermagem, apoio e vigilância e outras áreas técnicas da saúde.

Em saúde estes conceitos aparentemente simples revestem-se de particular acuidade e complexidade, dada a especificidade e delicadeza dos produtos oferecidos, em que estão em causa inúmeros produtos e serviços complexos e únicos, como sejam: produção e distribuição de medicamentos, intervenções cirúrgicas tecnologicamente complexas e abordagens em situações humanas psicologicamente extremas e particularmente exigentes. E, para se garantir a qualidade, toda a cadeia de produção deve estar em conformidade com o respectivo standard.

Um aspecto que jamais pode ser olvidado, como referem Nunes e Rego (2002: 116), é que, “para ser possível obter ganhos em saúde deve existir um sistema articulado e estruturado por processos interrelacionados, de acordo com o ideal de que existe um

objecto comum a todos os agentes de saúde, ou seja, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos”.

E é neste quadro exigente que surge entre nós um programa específico de acreditação dos hospitais portugueses em qualidade organizacional, resultante de um protocolo celebrado entre o Instituto da Qualidade em Saúde e o *King's Fund Health Quality Service*. A acreditação tem por finalidade avaliar, através de um conjunto de normas, a competência técnica de uma instituição para a prestação de determinados serviços.

Após um processo voluntário de candidatura e a respectiva aceitação, as instituições inserem-se num programa de avaliação da qualidade dos serviços que disponibilizam, através da realização de auditoria de todo o sistema, composta essencialmente por três fases:

- a) Diagnóstico e desenvolvimento de padrões organizacionais;
- b) Implementação das normas predefinidas;
- c) Avaliação da conformidade das práticas em saúde desenvolvidas na instituição com os diversos *standards* definidos.

Heidemann (1999), refere que uma instituição de saúde é acreditada porque reúne à priori os requisitos exigidos, segundo um determinado referencial, para a prestação de cuidados de saúde. Ou seja, é concedido à instituição um grau de confiança para o desempenho de uma actividade.

A qualidade dos cuidados de saúde é indissociável da imagem da enfermagem, peça fundamental nas organizações prestadoras de cuidados, integrada na dinâmica de controlo da qualidade dos cuidados, responsabilizando-se pela avaliação e controlo da sua área de actuação.

Segundo Phipps *et al* (1999: 19), “a enfermagem está consignada a ser uma profissão superior pela promoção de cuidados da mais alta qualidade possível. Implícita neste compromisso está a responsabilidade de avaliação da qualidade e da adequabilidade desses cuidados”.

A avaliação da qualidade do serviço de enfermagem deve abranger os cuidados de enfermagem propriamente ditos e a qualidade de vida do utente do serviço em termos

de conforto, acolhimento, segurança e hotelaria, no que se refere ao exercício de enfermagem.

Para Ourives (1993: 256), “a avaliação do desempenho do serviço de enfermagem deve abranger a totalidade dos padrões preconizados para o período em apreço, através de indicadores que possam medir a qualidade relativa à satisfação dos clientes e dos resultados dos cuidados de enfermagem”.

A qualidade dos serviços garante-se, primeiro, com a idoneidade científica e técnica dos profissionais, técnicos e auxiliares que executam as acções orientadas para a restituição da saúde ou para evitar que esta se deteriore, e segundo, com a capacidade tecnológica da instituição que proporciona as condições para resolver necessidades mais ou menos complexas. Para prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade é necessário que a organização prestadora de serviços de saúde defina e disponha de: pessoal qualificado, infra-estruturas adequadas e tecnologia própria para cada situação.

Segundo Carvalho *et al* (1991: 5), “em termos práticos o que se pretende com um processo de garantia de qualidade é aplicar mecanismos que mantenham os cuidados de enfermagem prestados, em constante e periódica revisão, apontando os desvios em relação aos padrões (normas). Uma norma corresponde a um nível a atender. A satisfação plena desse nível é a realização dos cuidados de qualidade”.

Após se ter acordado e redigido uma filosofia e determinados objectivos, o passo seguinte no ciclo da qualidade é descrever os cuidados de enfermagem, ou seja, aquilo que se faz em termos mensuráveis, a seguir, identificar normas e critérios no sentido de estabelecer/definir a qualidade dos cuidados a prestar aos doentes.

Uma política de saúde centrada na *Qualidade* é um desafio assumido com clareza e determinação pelo Ministério da Saúde, ao identificar como uma estratégia prioritária o *Desenvolvimento Continuado da Qualidade dos Cuidados de Saúde* e ao criar o Instituto da Qualidade em Saúde para concretizar essa política. O Hospital Distrital de Águeda deu, igualmente, um passo decisivo no caminho da qualidade ao aderir ao Programa de Acreditação em Qualidade Organizacional.

A supervisão clínica surge intimamente associada ao processo de acompanhamento de práticas, sendo decisivo o contributo dos programas de melhoria da qualidade organizacional, oficialmente reconhecidos pelo Instituto da Qualidade em Saúde e

implementados em parceria com o *King's Fund Health Quality Service*, que incluem nas suas normas diversos critérios que mencionam expressamente a supervisão clínica.

Um processo de gestão da qualidade total numa organização de saúde passa pela satisfação dos clientes, mas não só, o envolvimento, empenhamento e satisfação dos profissionais são factores incontornáveis no sucesso dessa estratégia. Como afirmam Nunes e Rego (2002: 115), “só profissionais altamente motivados se envolvem na relação clínica, subjectiva por excelência, de acordo com a sua diferenciação técnico-profissional, mas com elevado sentido de responsabilidade”. Para estes autores, o envolvimento pressupõe o respeito integral pelas competências individuais dos colaboradores e pela implementação de conceitos inovadores como o de *salário emocional*. Este conceito emergente sugere que os estímulos profissionais não se resumem a interesses materiais e que existem múltiplos factores que se revelam incentivadores e determinantes para a qualidade dos cuidados prestados.

Dentro desses factores poderemos considerar as condições de trabalho, a dignidade da profissão, o prestígio e a valorização do cargo exercido, o reconhecimento dos doentes, dos colegas, dos outros profissionais e da sociedade em geral. Segundo Nunes e Rego (2002: 140), “o incentivo ao desempenho cabal da profissão médica e de enfermagem, nomeadamente através de líderes convictos de benefícios desta estratégia, reforçam os factores emocionais e psicológicos e relegam para um plano paralelo, mas não necessariamente superior, os incentivos materiais”.

Ainda, de acordo com os mesmos autores, a organização dos serviços de saúde deve estruturar-se em função das condições de exercício profissional, recorrendo a estímulos externos e internos e promovendo agentes responsáveis, com prestígio e autoridade.

Hagler (1991), citado por Cottrell (2002a), refere como características fundamentais do supervisor, na relação supervisiva: a empatia, ser positivo e paciente, entre outros aspectos igualmente importantes. O supervisor promove a mudança positiva, educa, monitoriza, recomenda, desafia, sustenta e pesquisa.

Não podemos esquecer que o enriquecimento e desenvolvimento profissional dos supervisados não são automáticos. Como diz Hesbeen (2001), a experiência, só por si, não gera conhecimento. Embora ela contribua para a aquisição de uma certa competência e de

uma certa destreza dos gestos executados, para poder enriquecer os conhecimentos da pessoa, essa experiência necessita ser reflectida, discutida e conceptualizada. E aqui o supervisor clínico tem uma das suas funções essenciais a desempenhar.

Northcott (2000), defende a ideia que a administração do desempenho oferece várias estratégias que são utilizadas para provocar a melhoria e desenvolvimento dos serviços e assegurar uma organização efectiva e eficiente. As estratégias são delineadas para aperfeiçoar resultados, aumentar a produtividade e ajudar a assegurar um serviço de qualidade elevada nas actividades da organização e dos indivíduos. Na área dos cuidados clínicos, a administração do desempenho tem o potencial para informar, desenvolver e sustentar a prática clínica, incentivar a formação e realização académica.

O mesmo autor propõe um diagrama (quadro 2) para ajudar a distinguir estratégias de administração de desempenho diferentes.

Quadro 2: Estratégias de administração de desempenho

Estratégia	Agenda da Administração	Foco
Acção disciplinar	Agenda dos Indivíduos	Segurança
Supervisão administrativa		Monitorização
Preceptorship		Indução
Avaliação		Avaliação/enfoque
Mentorship		Suporte/questionamento
Supervisão clínica		Desenvolvimento

Fonte: Traduzido e adaptado de NORTHCOTT, Nigel (2000)

As seis estratégias de administração do desempenho disponibilizadas podem ser utilizadas pelos enfermeiros ou por outros profissionais de saúde dependendo do seu entusiasmo individual ou apoio administrativo. Todas podem contribuir para a efectividade pessoal e profissional ajudando a melhorar a organização e o desempenho do indivíduo.

A avaliação tal como é indicado no diagrama é operacionalizada como um acordo mútuo onde há responsabilidade partilhadas para avaliar o desempenho e negociar metas ou estabelecer contratos para futuro.

Northcott (2000), pensa que estas ideias são, igualmente, aplicáveis à supervisão clínica, sugerindo que o mesmo colega pode ser avaliador e supervisor clínico se o enfermeiro concordar e se o processo for verdadeiramente de desenvolvimento. Defende

que a avaliação e a supervisão clínica deveriam ser introduzidas como experiências de colaboração entre o pessoal e os gestores e que, daí resultariam benefícios para o desenvolvimento dos profissionais e para a produtividade da organização.

Isto apoia a ideia de que avaliação é uma ferramenta com benefícios potenciais para o desenvolvimento pessoal, através da qual, grupos de pessoas podem acordar critérios de desempenho e estratégias de avaliação, colectivamente, em vez de lhes serem impostos administrativamente.

As pesquisas que Northcott (2000), desenvolveu e referenciou levaram-no a concluir que o uso de avaliação para controlar os enfermeiros era uma razão forte para o seu insucesso. O controlo deliberado ou dissimulado sob a forma de avaliação é improvável que possa ter êxito e provavelmente irá contribuir para inibir o desenvolvimento profissional do enfermeiro. A contradição fundamental dos dois propósitos, controlo e desenvolvimento, indica que eles são mutuamente exclusivos, pelo que, devem ser separados nas estratégias de administração de desempenho da organização. A necessidade de controlar e avaliar o desempenho inadequado ou impróprio é uma actividade legítima mas que deve ser separada distintamente da avaliação de desempenho. Igualmente, o uso da avaliação como um exercício de comparação normativa foi rejeitado pelos enfermeiros, enveredando por uma estratégia assente no desenvolvimento profissional. A definição de objectivos impostos pela organização é sentida como mais uma tentativa para controlar os enfermeiros. A negociação de objectivos acordados mutuamente ajudaria as práticas de enfermagem contribuindo para uma melhor prestação de cuidados aos pacientes.

Na essência de qualquer modelo reflexivo de enfermagem, tal como afirma Johns (2001), está uma visão ou filosofia da prática. De uma perspectiva reflexiva, a visão é uma reflexão das convicções dos profissionais e os valores sobre a natureza da sua prática. Uma filosofia é uma declaração colectiva de convicções compartilhadas e valores que correspondem à execução das práticas, que dá significado e orienta a prática quotidiana: uma luz para mostrar o caminho.

Quando um grupo de profissionais se une é evidente que precisam compartilhar um sistema de convicções comum para assegurar uma aproximação consistente para os pacientes e famílias. Uma declaração escrita torna-se uma declaração pública através da

qual pacientes, famílias, sociedade como um todo e outros trabalhadores de prestação de cuidados de saúde se podem relacionar. Abre possibilidade para diálogo e colaboração. Este processo promove um ambiente de prática dinâmico no qual constantemente são desafiadas convicções e clarificado o seu significado e relevância. A filosofia, que define a visão para a prática, torna-se uma peça estratégica fundamental para a prática clínica e seu desenvolvimento. Todas as pessoas têm convicções sobre os assuntos que lhe são importantes e que poderiam influenciar fortemente o modo como exercem as práticas. Frequentemente, os enfermeiros chegam a acordo sobre as suas convicções dentro do ambiente de cuidados de saúde, geridos pelos valores dominantes da organização e das influências médicas.

Muito recentemente e de modo particularmente feliz, Hesbeen, (2001: 52) escreveu:

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações meios e limites pertinentes e claramente identificados”.

Existe uma maior consciencialização entre os profissionais de saúde e, concretamente, entre os enfermeiros, que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e explícito a ter em conta na prestação de cuidados de saúde. É que, como lembra Hesbeen (2001: 10), “a qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar do empenhamento pessoal dos profissionais. Para o mesmo autor, as condições em que estes podem exercer a sua prática e revelar os seus talentos são determinantes para esse empenhamento”. Daí que, a qualidade dos cuidados deve ser encarada, essencialmente em quatro dimensões: conduta do prestador de cuidados que se refere às funções de tratar e cuidar; acesso aos cuidados e conveniência que tem a ver com a facilidade de encontrar serviços de acordo com as necessidades e com as capacidades

financeiras; disponibilidade de recursos materiais e humanos; continuidade de cuidados em termos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação nas múltiplas dimensões da vida.

Neste contexto, tem inteiro merecimento e cabimento o investimento na supervisão clínica como uma mais-valia para a modernização e qualificação das instituições de saúde. Todos sabemos que a administração pode controlar a estrutura prestadora de cuidados mas não controla, certamente, a prestação efectiva de cuidados.

É fundamental não olvidar que, “os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor” (Hesbeen, 2001: 34-35).

A função do supervisor clínico em enfermagem é ajudar a controlar as dificuldades que certamente este processo de acompanhamento comporta, e possibilitar o desenvolvimento de competências para haver cada vez mais qualidade no cuidar. O seu papel é de extrema importância para a promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo que a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisivo são factores determinantes do sucesso da supervisão.

Para Munson (2002), muitos profissionais assumem o papel de supervisor clínico sem terem antecipado os requisitos exigidos. Mas, deveriam possuir ou estarem disponíveis para desenvolver certas características, como sejam: a) gostar de ensinar os outros; b) ter paciência quando os outros não entenderem; c) saber fazer sugestões indirectas; d) saber planear efectivamente; e) ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões e explicarem as acções; f) saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo; g) saber tolerar quando outros cometem erros; h) saber criticar e aceitar críticas; i) gostar de decidir e fazer; j) poder trabalhar em equipa e gerir efectivamente o processo.

Numa análise final de avaliação destas áreas, devem ser consideradas, entre outras, a análise da conveniência da supervisão clínica. Quem estiver a considerar tornar-se supervisor clínico deveria analisar bem a situação e discuti-la com outros antes de aceitar uma posição de supervisão. Mas, como já referimos existe a necessidade de uma ligação

formal e estreita entre os indivíduos e as organizações para que seja assegurada a qualidade dos serviços clínicos e a supervisão clínica poderá desempenhar aí um papel preponderante.

Diversos trabalhos de pesquisa de Butterworth e Woods (1999), permitem concluir, inequivocamente, que a supervisão clínica centra a sua atenção em assuntos de importância vital na prestação de cuidados e numa prática responsável. Concluem, ainda, que o conteúdo da supervisão clínica é, essencialmente, orientado para a organização e assuntos de desenvolvimento organizacional: estudos de casos clínicos, desenvolvimento profissional, apoio formativo, aumento do nível de confiança das pessoas, problemas pessoais e interpessoais.

Ainda, de acordo com Butterworth e Woods (1999), há que atender a alguns requisitos para uma eficaz e correcta implementação e manutenção da supervisão clínica que passa por:

- a) Preparação correcta e completa dos supervisores clínicos;
- b) Disponibilizar tempo suficiente para que a supervisão possa acontecer;
- c) Estabelecimento de relações de confiança entre supervisores e supervisados. A supervisão clínica deve fazer parte de uma cultura de confiança e ser uma exigência das práticas profissionais;
- d) Avaliar regularmente a orientação e o produto da supervisão clínica.

Daí a utilidade, necessidade e urgência da divulgação e implementação da supervisão clínica em enfermagem.

3. QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR EM CONTEXTOS DE SAÚDE

A realização deste trabalho parte de alguns pressupostos, que radicam na nossa experiência profissional, daí estarmos convictos que pelo facto dos enfermeiros prestarem cuidados de saúde e lidarem constantemente com pessoas doentes, debilitadas e sensíveis poderá afectar a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma preocupação crescente e muito actual, diríamos mesmo, que de primordial importância para os profissionais de saúde. Estudos recentes sobre qualidade de vida realizados por diversos autores, Morais (1999), com doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica; Morais (2000), em doentes hemodialisados, Neves *et al* (2002), em doentes diabéticos e Brito (2002), relativos aos prestadores de cuidados a familiares idosos; Cimete *et al* (2003) e Blegen (1993) sobre a satisfação profissional e qualidade de vida dos enfermeiros e Beaudoin e Edgar (2003), sobre as preocupações/problemas que estes enfrentam; sensibilizaram-nos para a importância de trabalhos que dessem visibilidade a esta problemática no seio da enfermagem e que aprofundassem convicções a qualidade de vida dos enfermeiros.

Os enfermeiros, grupo profissional maioritário na área da saúde, com responsabilidades acrescidas na prevenção e promoção da sua própria saúde inseridos numa comunidade científica onde a qualidade de vida é particularmente importante e adquire aspectos específicos e particularmente sensíveis têm sido, no entanto, objecto de poucos e incipientes estudos nesta área, pelo que nos pareceu particularmente oportuno a realização deste estudo.

3.1. QUALIDADE DE VIDA: CONCEPTUALIZAÇÃO E INCIDÊNCIAS

A qualidade de vida e o bem-estar são conceitos relativamente recentes, que têm preocupado os investigadores, nomeadamente após 1960, e que vêm adquirido uma importância crescente nos estudos sociológicos, com especial importância para a área

clínica. Mas, se a terminologia entrou no quotidiano das pessoas e se o conceito se popularizou isso, também, terá contribuído para dificultar a sua clarificação.

Como referem Albuquerque e Oliveira (2002), a emergência dos conceitos de qualidade de vida, bem-estar e saúde surgem associados ao desenvolvimento das democracias ocidentais. Por outro lado, ainda que actualmente sejam conceitos multidisciplinares e intimamente associados, como refere Ribeiro (1997), surgiram em contextos diferentes: a qualidade de vida ligada à sociologia, o conceito de saúde relacionado com a saúde pública e o de bem-estar no contexto da psicologia

Existem inúmeras tentativas de objectivar o conceito de qualidade de vida. Nutbean (1986), citado por Ribeiro (1997: 259), definiu-o como “a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas”.

No início da década de noventa, Schumaker e Anderson (1990: 96), definiam a qualidade de vida como, “a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem-estar”. É um conceito muito pessoal e, como tal subjectivo, na medida em que se refere à aptidão funcional dos indivíduos, tal como eles a percebem, para desempenharem as funções quotidianas. A percepção pessoal de bem-estar e a sua definição, adquirem significados diferentes, para cada indivíduo, de acordo com o que considera normal, inserido no grupo sócio-cultural em que se integra e de acordo com as suas experiências.

Assim, poderemos considerar a qualidade de vida como um conceito complexo, que expressa uma percepção global da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios e componentes.

Em 1985, Karoly, referido por Ribeiro (1997), apresentou uma listagem infundável de variáveis passíveis de influenciar a qualidade de vida, da qual retivemos: objectivos de vida e sistemas de apoio, stresse no emprego e expectativas profissionais. E, dentro do sistema hospitalar, o mesmo autor destaca: tecnologias, práticas e burocracias, modelos de saúde adoptados e de formação de profissionais de saúde.

A qualidade de vida apresenta-se como uma área de estudo profundamente actual e que tem desafiado inúmeros investigadores ligados às mais diversas ciências e disciplinas, como sejam, a filosofia, a sociologia, a economia, a psicologia, a medicina e a

enfermagem. Comum a todos eles existe uma preocupação – identificar e perceber os aspectos que concorrem para o bem-estar do ser humano.

Um grupo constituído no seio da Organização Mundial de Saúde para estudar a qualidade de vida indicou que, esta é a “percepção individual da posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Orley, 1994: 99). Sustenta, assim, a ideia que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem decisivamente para a qualidade de vida.

Ferreira (1998), define a qualidade de vida como sendo uma visão única e pessoal da vida, sendo influenciada por múltiplos factores que se interrelacionam, como: a situação sócio-económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação e o emprego, entre outros. E, ainda, segundo o mesmo autor, os cuidados de saúde não podem alterar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes, por sua vez, afectam decididamente a saúde e o estado de saúde.

Michael e Tannock (1998: 3) afirmam que:

“a widely accepted definition of quality of life is a person’s own sense of well-being, as derived from his or her current experience of life as a whole. The impact of a disease and his treatment on all aspects of a patient’s life can be explored by assessing the person’s health-related quality of life”.

É evidente que, tal como afirma Cruz (2001. 11), “a variedade e quantidade de aspectos que intervêm na definição da qualidade de vida não permite que todos possam ser identificados”, o que torna extremamente difícil a sua definição.

Assim sendo, limitamo-nos a registar os pressupostos subjacentes ao conceito e que Ribeiro (1997: 260), considera serem fundamentais para qualquer intervenção na promoção da qualidade de vida:

- a) A qualidade de vida não é ausência de doença;
- b) A qualidade de vida manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- c) A qualidade de vida define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida;
- d) A qualidade de vida abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais, havendo uma relação sistémica entre esses aspectos;

- e) A qualidade de vida é um processo dinâmico;
- f) A qualidade de vida só tem sentido concebida em termos ecológicos.

Os conceitos de saúde e doença não são absolutos nem consensuais. Após a II guerra mundial, a Organização Mundial de Saúde, definiu a saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença” (WHO, 1948:32). Além da virtude deste conceito de estabelecer uma clara ruptura com o modelo biomédico tradicional, estabelece que a saúde é um fenómeno multidimensional: físico, mental e social. Por outro lado, confere-lhe um elevado grau de subjectividade ao propor o conceito de bem-estar, o que determina que apenas a própria pessoa pode definir o seu estado de saúde pois o bem-estar é percebido exclusivamente pelo próprio indivíduo.

Coelho (1997), refere-se à saúde como uma encruzilhada para a qual confluem uma série de factores de natureza diversa: individuais, colectivos, biológicos, culturais, sociais, económicos, políticos e religiosos. Trata-se, pois, de um fenómeno de extrema complexidade.

Numa perspectiva de operacionalização do conceito de saúde, Perry e Jessor (1993), citados por Albuquerque e Oliveira (2002), propõem um conceito de saúde interrelacionando quatro domínios: a) a saúde física, que se refere a processos de funcionamento físico e fisiológico, constituindo a ausência de “disfunção” um indicador mínimo de saúde; b) a saúde psicológica, relacionada com a subjectividade do bem-estar e que engloba áreas como o sentido de adaptação e energia, e de que um indicador poderia ser a vitalidade psíquica; c) a saúde social, que consiste num funcionamento adaptado no terreno social, avaliada pela competência no desempenho dos papéis sociais e, finalmente, d) a saúde pessoal, que de uma forma transversal abarca todas as anteriores e refere-se ao indivíduo como um todo integrado, enfatizando a capacidade e o prazer.

Qualquer que seja a definição de saúde em que nos situemos, segundo Berthef (1983), no estado actual de conhecimentos deve considerar três aspectos fundamentais:

1. A saúde é um estado de equilíbrio e harmonia de todas as possibilidades do ser humano: biológicas, psicológicas e sociais;
2. A saúde, no plano individual, é plenitude da vida, um produto equilibrado e de total harmonia da pessoa humana;

3. A saúde pressupõe a existência de uma força potencial de reserva que permita ao organismo reagir a contrariedades, tanto no plano físico como psíquico.

Thoresen e Eagleston (1985), referidos num artigo de Albuquerque e Oliveira (2002), sintetizam as ideias que devem presidir a qualquer tentativa de conceptualizar a saúde:

- a) A saúde não é apenas ausência de patologia fisiológica específica;
- b) A saúde é o estado habitual dos indivíduos e está subjacente à capacidade das pessoas implementarem acções de rotina: comer, praticar exercício, relaxar, relacionar-se com outros, etc;
- c) A saúde existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando em resposta adaptativa às exigências percebidas pelo indivíduo, tanto internas como externas, que ocorrem ao longo do tempo;
- d) A saúde não pode ser compreendida isoladamente do contexto físico e social, nem sem fazer parte do equilíbrio ecológico;
- e) A saúde envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;
- f) A saúde fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou conhecimentos para satisfazer as exigências da vida quotidiana e para manter um sentimento de equilíbrio e harmonia.

A qualidade de vida relacionada com a saúde, como não podia deixar de ser, é também ela, um conceito multifacetado que inclui o estado físico, as actividades ocupacionais, o estado psicológico e a interacção social. Tem, também, relação directa com as mudanças dos padrões de doença e com o aumento da esperança e das expectativas de vida, pretendendo-se que a esse aumento de tempo de vida corresponda um acréscimo de qualidade.

Numa outra perspectiva, Bowling (1995: 3), descreve a qualidade de vida relacionada com a saúde como, “o nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções de saúde, bom nível de condição física, satisfação e bem-estar”.

Embora pareça evidente a inexistência de consenso na definição e nos conceitos que devem integrar a qualidade de vida relacionada com a saúde, parece-nos que existe uma tendência dominante de enveredar por um conceito que tente abranger o espírito da definição de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (1993, 1996), através do seu grupo para a qualidade de vida, definiu-a como sendo a forma como todos os indivíduos percebem a sua existência no contexto cultural e do sistema de valores no qual vivem, em função dos seus objectivos, das suas expectativas, das suas normas e das suas preocupações. Sendo um conceito muito vasto é afectado pela saúde física dos indivíduos, estado psicológico, socialização, nível de independência e relação com o ambiente.

A abordagem da qualidade de vida tem intrinsecamente associados os domínios da subjectividade. Tal como refere Coelho (2002), como principais indicadores de subjectividade poderemos considerar:

- a) O estado de saúde, avaliado por dados laboratoriais, radiodiagnósticos, etc.;
- b) A psicopatologia;
- c) O estatuto sócio-económico (rendimento, escolaridade, situação profissional);
- d) A rede social de apoio (número de pessoas do agregado familiar e qualidade dos vínculos interpessoais).

Ainda, segundo o mesmo autor, no domínio da subjectividade, devemos considerar os seguintes indicadores:

- a) O funcionamento físico (queixas, dor, sensação de bem-estar);
- b) O funcionamento psíquico (isolamento social, satisfação profissional, relacionamento, lazer);
- c) O funcionamento ocupacional;
- d) A percepção do estado de saúde.

Será, essencialmente, esta ideologia que aprofundaremos e desenvolveremos no decurso deste trabalho, vocacionando-a para aspectos relacionados com a saúde e qualidade de vida, a sua avaliação e os factores que a afectam.

3.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde na década de 1940 ao associar pela primeira vez a definição de saúde com actividades de vida diária e o estado funcional dos indivíduos, estabelecem uma ruptura profunda com o modelo biomédico de prestação de cuidados vigente, em que os prestadores de cuidados se preocupavam exclusivamente com a cura, com base nos sinais e sintomas apresentados pelas pessoas.

Os primeiros esforços documentados para medir a qualidade de vida estão inscritos no relatório da *Commission on National Goals*, em 1960. Este relatório surge num período de grande desenvolvimento económico e reflectia a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população, dando atenção a uma grande variedade de indicadores sócio-ambientais: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar (Ribeiro, 1993). Na sequência destas preocupações começam a surgir investigações sobre a qualidade de vida.

O mesmo autor, refere que, os componentes da qualidade de vida e as suas interrelações foram examinados por autores fora do contexto da saúde, em estudos vocacionados para populações que não apresentavam doenças. Mais tarde, com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o conceito de qualidade de vida viria a generalizar-se e a popularizar-se nos contextos clínicos, designando-se por qualidade de vida relacionada com a saúde.

Mas, em 1960, tal como refere Cruz (2001), os modelos os instrumentos de medição eram pouco precisos e eram utilizados em casos clínicos de grande gravidade e incapacidade e não detectavam as alterações do estado de saúde nem eram estudadas as suas características psicométricas. Ainda, de acordo com a mesma autora, em 1988, o *American College of Physicians*, considerou fundamental que os médicos olhassem para o bem-estar funcional e não apenas para o tratamento dos problemas biológicos. E, estas contribuições seriam determinantes, na medida em que permitiram considerar a saúde como uma variável física e mental associada às tarefas quotidianas, pelo que os indicadores biológicos passaram a ser insuficientes para a medição do estado funcional, bem-estar e alterações temporais da saúde.

Nas últimas décadas têm sido desenvolvidos e aplicados numerosos instrumentos de medição, tendo existido uma enorme preocupação com a sua validade e fiabilidade. Seguidamente daremos exemplos de alguns que reputamos de grande importância.

Assim referimos o instrumento *Nottingham Health Profile* (NHP), de Hunt *et al* (1980), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Melo (1999). É um questionário que explora doze domínios de saúde e está dividido em duas partes. A primeira tem cinco dimensões: mobilidade, reacções afectivas, isolamento social, dor e sono; e a segunda parte, constituída por sete conceitos independentes, ponderados de acordo com a gravidade relativamente à saúde: vida social, trabalho remunerado, relações interpessoais, vida sexual, actividades domésticas, tempos livres e férias.

Davies e Ware (1981), desenvolvem o *General Health Rating Index*, que se transformaria num instrumento popular de medição do estado geral de saúde. Tinha como objectivo fundamental que fossem as próprias pessoas a avaliarem, de acordo com o seu próprio ponto de vista, o seu estado geral de saúde e a susceptibilidade à doença.

As tendências dos instrumentos de avaliação têm centrado a sua atenção no pressuposto de que o indivíduo é o melhor avaliador do seu estado de saúde e que, por outro lado, o principal objectivo de um doente face aos cuidados de saúde é a preservação funcional e a manutenção de um elevado nível de bem-estar.

Com base nesta filosofia surgiram o *Health Insurance Study* da *Rand Corporation* (Bowling, 1994) e, fundamentalmente, o *Medical Outcomes Study – Short Form*: MOS SF-36, (Ware e Sherbourne, 1992), com adaptações para a população portuguesa realizadas por Ferreira (1998).

Esta versão curta de 36 itens é de grande utilidade na prática clínica, na investigação, na avaliação da política de saúde e na vigilância da saúde geral da população. Concebido de origem para avaliar o estado de saúde, tal como definida pela Organização Mundial de Saúde, são-lhe reconhecidos essencialmente os seguintes méritos: simplicidade de preenchimento, facilmente inteligível e psicometricamente adequado.

O *Medical Outcomes Study – Short Form* (MOS SF-36), avalia oito conceitos importantes de saúde: função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

Qualquer destes instrumentos de medida será aceitável, a opção por um deles deve ser equacionada em função de aspectos metodológicos, como sejam: natureza de colheita de dados, disponibilidade dos indivíduos que constituem a amostra, qualidade psicométrica, profundidade e extensão das questões.

3.3. A SUPERVISÃO CLÍNICA E A QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

O Decreto-Lei nº437/91 (Regulamento da Carreira de Enfermagem), no seu artigo 7º, estipula que o enfermeiro é um profissional de saúde, que tem competência científica e técnica para a prestação de cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), dirigidas ao indivíduo, família e comunidade, além das competências que lhe são atribuídas ao nível da gestão, ensino e investigação.

A enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei nº161/96 – Regulamento do Exercício profissional de Enfermagem).

A filosofia dos cuidados de enfermagem assenta no ser humano como polo de interesse e todas as acções são dirigidas no sentido de manter e melhorar a sua independência na satisfação das suas necessidades fundamentais, contribuindo de forma decisiva para a promoção do auto-cuidado e de um bom nível de qualidade de vida.

Mas, ao mesmo tempo que identifica os problemas dos indivíduos, planeia, executa e avalia as acções que visam satisfazer as necessidades afectadas, deve, igualmente, ajudar-se a si próprio na resolução dos seus problemas e promover comportamentos de vida saudáveis contribuindo para aumentar a sua qualidade de vida.

Um dos aspectos fundamentais com que os gestores e os supervisores têm que se preocupar é o de promoverem e desenvolverem aquilo a que Hesbeen (2001), designa por *ambiente humanizado*, tanto nos serviços como nas equipas de profissionais. Isto implica

um investimento pessoal de todos para conferir um ambiente humano às organizações, à gestão e às relações entre as pessoas. Segundo ele, este ambiente humanizado é cada vez mais necessário devido, por um lado, à desumanização provocada pela explosão tecnológica e científica e por alguns princípios de gestão dominados pela economia e, por outro lado, pelas condições ambientais conturbadas que o sistema de cuidados atravessa.

O sofrimento está sempre presente no quotidiano dos enfermeiros, sendo uma das principais causas da existência da enfermagem hospitalar. Mas, isso não significa que estes profissionais estejam em sofrimento permanente. Na verdade, estando na essência da profissão de quem cuida conviver com o sofrimento, é de aceitar que o alívio do mesmo às pessoas que buscam os seus cuidados lhes proporcione alguma satisfação, recompensa e até orgulho.

Taylor, citado por Johns (2001), chama atenção para o facto dos enfermeiros também serem humanos e, como tal, vulneráveis aos mesmos problemas dos pacientes e famílias. É evidente que não se poderá exigir aos enfermeiros que sejam actores activos de um processo de prestação de cuidados de qualidade se não se atender às condições específicas e à realidade do seu exercício profissional e dos contextos em que ele decorre. Como refere Hesbeen (2001: 92), “os prestadores de cuidados, mesmo que se defendam, nunca poderão comportar-se como máquinas e, por isso, não podem libertar-se completamente da pressão emocional provocada pela essência do trabalho, isto é, o encontro e o acompanhamento de alguém que em determinadas alturas, precisa de ajuda para recuperar a saúde”.

Carapinheiro e Lopes (1997), num estudo sociológico sobre os recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, encontraram situações de excesso de trabalho, de pânico e de risco motivado pela agressividade de familiares e doentes. No mesmo estudo, as principais precauções que os profissionais valorizavam para resolver estas situações eram a interajuda, o desenvolvimento de estratégias de comunicação e a humanização no trabalho.

Blegen (1993), estudou a satisfação profissional, tendo identificado treze variáveis que influenciavam a satisfação profissional dos enfermeiros, das quais se destacam: stresse, compromisso, comunicação, autonomia, reconhecimento, etc. Os resultados obtidos, indicaram que a satisfação profissional era influenciada, de forma particularmente

negativa, pelo stress. Por outro lado, a comunicação com os supervisores, colegas de trabalho e reconhecimento do seu trabalho pelos pacientes eram factores que influenciavam muito positivamente a satisfação profissional dos enfermeiros.

Estudos de Beaudoin e Edgar (2003), permitiram-lhes concluir que, as preocupações/problemas (“*hassles*”) com que se deparam os enfermeiros e que ocupam uma grande parte do seu trabalho diário afectam a sua qualidade de vida e a do seu trabalho com os pacientes. Os enfermeiros demonstraram muita frustração e preocupação com o tempo dispendido com essas as preocupações/problemas, na medida em que os afasta da prestação de cuidados. Quando os enfermeiros não conseguem prestar cuidados de qualidade aos pacientes, também a sua qualidade de vida se ressentindo levando a descontentamento profissional, *burnout* e abandono da profissão.

Beaudoin e Edgar (2003), afirmam que muitas das as preocupações/problemas (“*hassles*”) com que se deparam os enfermeiros poderiam ser eliminados da organização se houvesse algum empenhamento da administração. As alterações do ambiente físico e a organização do trabalho de enfermagem são perfeitamente viáveis nas organizações. Há muitas formas das organizações poderem melhorar a comunicação entre os diversos grupos de profissionais, entre os serviços hospitalares e com a administração hospitalar, por exemplo, assegurando uma política de comunicação aberta entre os diversos níveis da estrutura, proporcionando formação aos funcionários, incluindo comunicação assertiva e liderança.

Se as preocupações/problemas estão a afectar a qualidade de vida dos enfermeiros e influenciando negativamente o seu trabalho, conduzindo-os a situações de *burnout* e abandono da profissão, as administrações dos hospitais têm que fazer o que lhes for possível para eliminar esses problemas.

Estes resultados reforçam conclusões de trabalhos de Edgar (1999), em que defendia que uma organização só pode alcançar as suas metas económicas, se alargar essa perspectiva ao seio de toda a organização, se motivar os profissionais e afectar os recursos necessários para realizar efectivamente o trabalho. Existe consenso sobre alguns dos requisitos necessários para motivar os profissionais e permitir-lhes alcançar as metas da organização: autonomia, avaliação, apoio, fazer sentir que o seu trabalho contribui para as

metas da organização, facultar os recursos necessários à realização das suas tarefas e conhecer os limites e extensão do seu trabalho.

Outros estudos, realizados por Begany *et al* (1996) e Brodaty (1999), citados por Brito (2002), permitem concluir que a prestação de cuidados parece afectar a saúde física dos trabalhadores: alterações do sistema imunitário, problemas do sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares.

Também, Morris *et al* (1988), Nolan e Grant (1989), Huckle (1994), Wagner *et al* (1997) e Brodaty (1999), em estudos analisados por Brito (2002), concluem que, é na área da saúde mental que os efeitos nefastos da prestação de cuidados mais se fazem sentir, com níveis de depressão e ansiedade superiores ao padrão normal. A mesma autora (2002), refere que, muitos trabalhos de pesquisa revelam que a saúde dos cuidadores é precária, estando mais afectada que a dos indivíduos da mesma idade não sujeitos a estas actividades. Por outro lado, as doenças psíquicas, especialmente, os quadros depressivos, são mais prevalentes, tal como, os sintomas psicopatológicos.

Gifford *et al*, 2002), com base em estudos de Weisman, Alexander e Chase (1980) e Aiken *et al* (2001), referem a existência de outros factores organizacionais e de gestão apontados como causadores de abandono profissional dos enfermeiros. Neles, incluem o trabalho nocturno, horários rotativos, altas cargas de trabalho, liderança de enfermagem ineficaz e tempo inadequado para proporcionar desenvolvimento profissional.

Se o objectivo fundamental do nosso trabalho não é estudar as repercussões do trabalho por turnos sob a saúde e a vida sócio-familiar dos enfermeiros, também, não poderíamos ficar indiferentes ou subvalorizar as implicações que tem na sua qualidade de vida.

Scherrer (1981), afirma que, “globalmente, 20% da população activa dos países industrializados trabalha por turnos” (Cruz e Silva, 1995: 37).

Todos sabemos que o trabalho nocturno produz uma dessincronização nos ritmos circadianos, incluindo, obviamente o ritmo de sono vigília, com reflexos negativos na duração e qualidade do sono. Diversos estudos comprovam que há uma diminuição acentuada do estado de vigília entre as duas e as quatro horas da manhã, que conjuntamente com a fadiga mental faz diminuir a capacidade mental, influenciando negativamente o rendimento laboral. Este facto poderá colocar em risco a segurança do

trabalhador, dos colegas e dos doentes. Alguns autores vão mais longe, dizendo que a redução do estado de vigília durante o trabalho nocturno e da duração do sono diurno acarretam um incremento no consumo do café, álcool e hipnóticos (Cruz e Silva, 1995).

Mas, se os efeitos do trabalho por turnos são evidentes relativamente à duração e à qualidade de sono, segundo os mesmos autores, eles reflectem-se, também, a nível gastrointestinal, cardiovascular, psicológico, social e familiar.

Os problemas digestivos e as úlceras gastroduodenais (Bruusgaard, 1949; Minors e Waterhouse, 1981) são frequentemente apontados como uma consequência do trabalho por turnos, sendo referidos em diversos estudos como factores desencadeantes a irregularidade dos horários de refeições e o regime alimentar desequilibrado. Azevedo (1980), refere outras perturbações gastrointestinais: a flatulência, dispepsia, gastralgia, colite, obstipação e diarreia.

Também, algumas áreas de funcionamento da personalidade são referenciadas: reacções emotivas, irritabilidade, aborrecimento, nervosismo e alterações de humor (Bruusgaard, 1949; Barhad e Pafnote 1969 In Cruz e Silva (1995); Azevedo, 1980), bem como, ansiedade e estados depressivos (Silva, 1994). Também, Pereira (2001) sublinha a importância da relação entre diferentes tipos de personalidade e a maneira como as pessoas lidam com situações difíceis, tais como, o processo de supervisão, podendo levar a situações de stress elevado e mesmo *burnout*, tão típicas nos profissionais de saúde.

As perturbações da vida social e familiar são igualmente marcantes. Os trabalhadores por turnos dormem quando as outras pessoas trabalham e vice-versa e os seus dias de descanso não coincidem com os dos outros trabalhadores e com os dos seus familiares. Esta situação tem efeitos consideráveis na vida sócio-cultural, actividades de lazer e participação na vida familiar, com repercussões na estabilidade conjugal, no relacionamento sexual e no acompanhamento pedagógico da educação dos filhos (Minors e Waterhouse, 1981; Silva, 1994; Arco, 2001).

Um estudo realizado por Arco (2001), com enfermeiros, permitiu-lhe concluir que estes se deparam com falta de tempo em comum com os amigos, que os impede de participar em actividades sociais em grupo; com a família, originando situações de conflito com os cônjuges, devido aos desencontros do casal e perturbações ao nível do relacionamento sexual e com os filhos por dificuldades no seu acompanhamento

pedagógico, educacional e recreativo. Nesse mesmo estudo os enfermeiros apontam outros problemas, como o isolamento social, os conflitos e os sentimentos de culpa, agravados pela sobrecarga de trabalho a que muitas vezes estão sujeitos, deixando-os sem paciência para as crianças.

Por outro lado, existem inúmeras situações de instrumentalização profissional, que contribuem para o desânimo, desmotivação, sofrimento, *burnout* e depressão, que passam, entre outras, pela existência de número insuficiente de profissionais, alterações frequentes dos horários de trabalho, elevada rotatividade dos profissionais pelos serviços, práticas organizadas por tarefas, demasiado ênfase em funções administrativas e burocráticas (marcação de exames, requisições de transportes, controlar admissão de visitas, protocolos, etc.). Sabemos que estes exemplos fazem parte do quotidiano das organizações de saúde e que são incontornáveis. Mas, é evidente que contribuem para o mal-estar e sofrimento dos profissionais que cuidam e que nem sempre se sentem considerados e cuidados.

Hernandez e O'Brien-Pallas (1996), afirmam que os sistemas de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, não avaliam adequadamente a complexidade do seu trabalho e, como tal, não garantem o uso eficiente e efectivo dos recursos de enfermagem.

Em Portugal, desde 1986, que está implementado em muitos hospitais um sistema de classificação de doentes, baseado em graus de dependência, com base nas necessidades humanas básicas, definidas por Nancy Roper e que visa exactamente uma afectação mais justa e equitativa dos recursos humanos disponíveis.

Numa tentativa de aprofundar conhecimentos sobre a variabilidade da natureza trabalho de enfermagem, O'Brien-Pallas *et al* (1997), analisaram a relação entre quatro conceitos-chave do trabalho de enfermagem: relação enfermeiro/paciente, relações clínicas, características dos cuidados e o ambiente de trabalho. Na preparação do estudo, concluíram que as complexidades associadas ao ambiente de trabalho eram os factores menos estudados. E, decidiram realizar estudos em que incluíram diversas variáveis: ambiente físico, mudanças de serviço, composição e características da equipa de prestação de cuidados e factores organizacionais que influenciam as condições de trabalho.

Os resultados obtidos identificaram onze factores que influenciaram o trabalho dos enfermeiros e que não são contemplados nas actividades habitualmente desenvolvidas:

procedimentos múltiplos, indirectos e não imputáveis à enfermagem; acompanhamento de estagiários; subdotações de pessoal, etc.

Perante estes dados, estes autores concluíram pela pouca fiabilidade dos sistemas de medição da carga de trabalho, dado que não consideram o impacto das características ambientais em que o trabalho é desenvolvido, sendo atribuído um valor fixo universal à prestação de cuidados indirectos.

Tal como refere Hesbeen (2001: 152), “não basta ter recursos pessoais de alto nível e condições de trabalho perfeitas para garantir o surgimento e a manutenção do desejo de qualidade. Este desejo está, em parte, intrinsecamente ligado à personalidade do prestador de cuidados, à sua vida, à sua sensibilidade, às suas fontes de satisfação ou de inquietação, aos seus projectos de vida, às suas esperanças e desilusões – e isto, quer no plano pessoal quer no profissional”.

Estudos de Leveck e Jones 1996), citados por Gifforg *et al* (2002), referem que o estilo de administração é considerado uma variável fundamental para estudar a mobilidade dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais.

Aiken e Lagin (1997) concluíram, depois de mais que uma década de pesquisa realizada em mais de 40 hospitais nos Estados Unidos, que as instituições organizadas em função de modelos de práticas profissionais de enfermagem, obtêm resultados superiores e os pacientes e os profissionais alcançam níveis de satisfação mais elevados e sem custos superiores aos outros hospitais (Gifford *et al*, 2002). Fundamentados em estudos de Aiken, Smith, e Lake (1994) e Kramer e Schmalenberg (1988), Gifford *et al* (2002), atribuem o sucesso das experiências destes hospitais à maior autonomia profissional da enfermagem, ao controlo por parte dos enfermeiros do ambiente dos cuidados aos pacientes e às relações mais próximas entre enfermeiros e médicos, que permite aumentar a troca de informações.

Aiken e Sloane (1997), em estudos realizados em unidades de prestação de cuidados a doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, em instituições que investiram no apoio e fixação dos enfermeiros como desígnio organizacional verificaram que os factores de apoio organizacional considerados estatisticamente significativos são: 1) serviços de apoio adequados; continuidade, tempo e autonomia na decisão dos cuidados ao paciente; 2) o trabalho de equipa e o bom relacionamento entre médicos e enfermeiros.

Para Hesbeen (2001), os gestores das organizações devem ter em atenção “um campo vasto e subtil de iniciativas destinadas a cuidar dos prestadores de cuidados, de modo a que o ambiente humanizado em que trabalham – e que se manifestará, por exemplo, no espírito de serviço difundido na instituição e na coerência global da missão fundamental que é a prestação de cuidado” (Hesbeen, 2001: 154-155).

Estas ideias são partilhadas por inúmeros autores. Cottrell e Gilligan (2000), referem que são, primeiramente, as pessoas com as suas faculdades, habilidades e disponibilidades que influenciam o desenvolvimento de uma melhor qualidade dos serviços de saúde. Daí que, as estratégias para melhorar a qualidade dos serviços, passa pelo reconhecimento perante as pessoas de que as suas actividades e habilidades são reconhecidas, avaliadas e incentivadas.

A supervisão clínica em enfermagem tem um papel insubstituível na abordagem destes aspectos, na medida em que, como refere Blocklehurst (1994), citado por Abreu (2002), tem subjacente um leque de preocupações que se articulam no decurso da prática clínica, como sejam: segurança das práticas, desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento do desenvolvimento pessoal e profissional.

Uma das causas apontadas por Munson (2002), para o aumento do *burnout* é a diminuição da ênfase colocado na supervisão. Quando os profissionais não conseguem acompanhar as mudanças na prática profissional necessitam de ajuda de alguém em quem confiem. Sem a supervisão como recurso ficarão entregues a si próprios ou recorrem a colegas. Ainda, segundo o mesmo autor (2002), em supervisão, como em qualquer outra actividade, a ansiedade, o medo, a frustração e o fracasso são os resultados de mecanismos inadequados. Tal, como refere o mesmo autor, existem pesquisas sobre tensão no local de trabalho que demonstram que a supervisão efectiva é um poderoso antídoto que deve ser enfatizado.

É precisamente nestes aspectos que devemos centrar toda a nossa atenção e é neles que o supervisor pode ter um papel importante e decisivo para a qualidade de vida dos enfermeiros.

Como refere Abreu (2001b), o supervisor clínico em enfermagem, enfermeiro experiente, com competência reconhecida, bem aceite pelo supervisionado e com formação específica, é fundamental na abordagem construtiva destes aspectos onde pode fazer valer

a sua arte como consultor, ajudando e disponibilizando recursos; como conselheiro, identificando os problemas, compreendendo, avaliando os estilos pessoais e ajudando; como formador, ensinando novos conhecimentos ou técnicas, criando novas situações de aprendizagem, agindo de acordo com o contexto.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Após a fundamentação teórica, que permitiu o alargar de conhecimentos sobre o tema em estudo, como referem Polit e Hungler (1995: 33), “na segunda principal fase de um projecto de pesquisa, o investigador precisa tomar uma quantidade de decisões acerca dos métodos que utilizará”.

A nossa contribuição experimental encontra-se organizada em três capítulos: metodologia, apresentação e discussão dos resultados e, por último, as conclusões.

O capítulo da metodologia inclui: a conceptualização, formulação das hipóteses e variáveis do estudo, a amostra do estudo, instrumentos de recolha de informação (selecção e validação), procedimentos de recolha e tratamento dos dados.

A apresentação dos resultados e discussão está organizada em diversos sub-capítulos, englobando a caracterização dos actores em estudo, o nível de satisfação com a supervisão clínica das práticas profissionais, os enfermeiros e a sua qualidade de vida e, por fim, a testagem e análise das hipóteses.

Finalmente, apresentamos as principais conclusões do estudo, as suas limitações e implicações, as sugestões para futuras investigações e as perspectivas da implementação da supervisão clínica em enfermagem entre nós.

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Em ciência nada acontece por si só, tudo é construído. Se não existir quem se interroge sobre factos, acontecimentos ou características da realidade em que se está envolvido, não pode haver um conhecimento válido e científico.

Para que o percurso, desde as interrogações iniciais se processe de forma satisfatória e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, há a obrigatoriedade de seguir um conjunto de passos perfeitamente definidos. A esse conjunto de passos chamamos método ou metodologia.

O método é “o caminho para se chegar a um determinado fim” (Gil, 1995: 27). O termo metodologia refere-se à descrição e análise dos procedimentos e técnicas específicas para a recolha e análise de dados, às suas potencialidades e limites, bem como, aos pressupostos subjacentes à sua aplicação.

Neste contexto a metodologia será a organização crítica das práticas de uma investigação que se desenrola desde a formulação das questões iniciais e que vai permitir chegar a conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais.

1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Um trabalho de investigação inicia-se habitualmente pra dar resposta a um conjunto de dúvidas ou interrogações, que no nosso caso concreto foram: quais as características sócio-profissionais dos enfermeiros do HDA? Quais as características do processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros existente no HDA? Quem são os responsáveis pelo processo de supervisão das práticas clínicas no HDA? Que relações existem entre a supervisão clínica e as características pessoais do supervisionado e do supervisor inseridas no contexto de trabalho? Quais as características do processo de acompanhamento das práticas e que valor lhe é atribuído pelos enfermeiros? Qual o índice de qualidade de vida dos enfermeiros do HDA nas suas diversas dimensões e quais as variáveis que a influenciam?

Na tentativa de encontrar respostas para estas questões partimos para um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo e qualitativo.

A formulação de hipóteses é um passo fundamental e incontornável em qualquer estudo de investigação de forma a atingir resultados úteis e satisfatórios.

Para Quivy e Campenhoudt (1996: 137), “uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma proposição que deve ser verificada”.

De um modo geral, o objectivo das hipóteses é orientar a investigação. O seu objectivo crítico “é dirigir o desenho da investigação no que respeita à recolha, análise e interpretação de dados (...) As hipóteses inter-relacionam as variáveis com interesse estabelecendo relações formais; são estas relações que são submetidas a provas empíricas” (Polit e Hungler, 1994: 141).

De acordo com o problema em estudo enunciamos as seguintes hipóteses:

- H1: O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à supervisão clínica é tanto maior quanto mais elevada for a categoria profissional do supervisionado e do supervisor.
- H2: Os enfermeiros estão mais satisfeitos com a supervisão clínica quando o supervisor é do sexo masculino.
- H3: Os enfermeiros que exercem funções nos serviços médicos (medicina, pediatria e especialidades médicas) apresentam um nível de satisfação com a supervisão clínica maior do que os enfermeiros dos serviços cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório) e outros serviços (consulta externa e urgência).
- H4: O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à supervisão clínica varia na ordem inversa da sua idade e do tempo de serviço na unidade de cuidados.
- H5: Os enfermeiros que trabalham apenas de manhã apresentam um nível de satisfação com a supervisão clínica maior do que os enfermeiros que trabalham em outros tipos de horário (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites).
- H6: Os enfermeiros que se encontram a frequentar cursos de formação estão mais satisfeitos com a supervisão clínica do que os que não se encontram em formação.

H7: O índice de qualidade de vida é maior nos enfermeiros do sexo feminino.

H8: Os enfermeiros que exercem funções nos serviços médicos (medicina, pediatria e especialidades médicas) apresentam uma melhor qualidade de vida que os enfermeiros dos serviços cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório) e outros serviços (consulta externa e urgência).

H9: A qualidade de vida dos enfermeiros varia na ordem inversa da sua idade e do tempo de serviço na unidade de cuidados.

H10: Os enfermeiros que trabalham apenas de manhã apresentam uma melhor qualidade de vida que os enfermeiros que trabalham em outros tipos de horário (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites).

Um estudo de investigação para ter credibilidade deve identificar as variáveis que são relevantes para a obtenção de informação essencial e útil, de forma sistematizada e objectiva. Segundo Pinto (1990), as variáveis apresentam duas características fundamentais:

- a) São aspectos observáveis de um fenómeno, mensuráveis que podem apresentar diferentes valores;
- b) Devem apresentar variações ou diferenças em relação ao mesmo ou a outros fenómenos.

As variáveis divergem substancialmente entre si quanto à forma e à facilidade com que podem ser operacionalizadas. Entende-se por este procedimento o modo como a variável é observada e mensurada e a sua natureza. Podem ser classificadas de diferentes maneiras e, segundo Fortin (1999: 37), “os tipos de variáveis mais correntemente apresentadas nas obras metodológicas são: 1) variáveis independentes e dependentes; 2) variáveis atributo; 3) variáveis estranhas”.

Para Pinto (1990: 173), “a variável dependente é aquela cujos valores são em princípio o resultado das variações nos valores de uma ou mais variáveis independentes e respectivas condições.”

As variáveis independentes são aquelas que vão influenciar um resultado, ou seja, são as possíveis causas que levam ao aparecimento de um fenómeno.

Fortin (1999: 37), afirma que, “as variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo. (...) Uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra”.

Considerando estes conceitos, para este estudo foram seleccionadas as seguintes variáveis:

a) Dependentes

- O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à supervisão clínica
- O índice de qualidade de vida dos enfermeiros

b) Independentes: sexo, idade, categoria profissional, serviço onde exerce funções, tempo de exercício no serviço, tipo de horário praticado, sexo do responsável pela supervisão das práticas profissionais e responsável pela supervisão, frequência de cursos de formação.

c) Atributo: estado civil, existência de filhos e número, doenças que sofre, medicamentos que esteja a tomar, dias de doença e ausências ao trabalho no último mês, formação profissional, tempo de exercício profissional, tipo de ligação institucional e dispensas de serviço para frequentar cursos de formação.

1.2. AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Asylo Conde Sucena (Hospital Distrital de Águeda), que foi mandado construir em 1909, pelo Conde com o mesmo nome, sendo mais tarde doado à Santa Casa da Misericórdia de Águeda pelo seu filho José Sucena. A sua inauguração como instituição hospitalar teve lugar em 15 de Agosto de 1922.

No seu historial conta com várias obras de beneficiação, tendo sido concluída em 1998 a última fase de beneficiação, dispondo, actualmente, dos seguintes serviços: consultas externas (cardiologia, cirurgia, diabetologia, fisiatria, hipertensão arterial,

hepatologia medicina, nutrição, oftalmologia, ortopedia, pediatria, reumatologia, traumatologia); internamentos (cardiologia, cirurgia, medicina, fisioterapia, pediatria, oftalmologia, ortopedia); laboratório; farmácia; hospital de dia (cirurgia de ambulatório, oncologia, pediatria, fisioterapia, tratamento de dor crónica e reumatologia); medicina física e reabilitação; serviço de imagiologia (ecografia, mamografia, radiologia convencional, TAC); serviço social/gabinete do utente; serviço de urgência e serviços administrativos.

O HDA é uma instituição pública com autonomia financeira e administrativa, que tem definida uma política institucional que fornece orientações gerais, relativas aos valores, missão e objectivos que norteiam a vida da Instituição e de todos os seus actores.

Butterworth e Woods (1999), referem que o cuidado clínico é cada vez mais complexo e exige dos profissionais que o desenvolvem uma rede complicada de relações para que possam exercer as suas responsabilidades clínicas adequadamente no seio de um colectivo. Assim, o exercício da responsabilidade individual num diversificado e exigente ambiente clínico nunca foi tão pertinente como hoje.

Um profissional é responsável por proporcionar ao indivíduo cuidados de elevada qualidade, sendo capaz de os demonstrar através da definição e monitorização de padrões aceitáveis. Esta exigência requer a definição clara de padrões comuns quando existirem diversos profissionais envolvidos nos cuidados.

Para Butterworth e Woods (1999), também a instituição é responsável por proporcionar serviços de elevada qualidade, sendo capaz de o demonstrar através da fixação e monitorização de padrões para os diversos sectores e serviços e ter capacidade para afectar e responsabilizar os profissionais pela efectiva prestação desses serviços.

A política do Serviço de Enfermagem inscreve-se nessa política institucional e abrange todos os enfermeiros da estrutura e cada um individualmente, definindo os valores de referência sobre os quais assenta a reflexão e o exercício profissional.

E, é a definição das políticas institucionais e do serviço de enfermagem do HDA que iremos expor resumidamente.

Visão: como a de todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde, insere-se numa visão do Homem como um ser holístico, complexo, com a sua componente física, psíquica

e social, sendo a vida um bem inestimável que interessa preservar tanto em quantidade, quanto em qualidade.

Missão: o HDA, pessoa colectiva de direito público, tem por missão: “Prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (Regulamento Geral dos Hospitais - Decreto nº 68358 de 27/04/68). Esta é a missão oficial da instituição, que é aplicada a todos os hospitais públicos do país, pelo que não se distinguem uns dos outros.

Objectivo: o objectivo prioritário do HDA é facultar à comunidade em que se integra a prestação de cuidados gerais, diferenciados e especializados, de natureza preventiva, curativa e de reabilitação.

Valores:

- *Pessoa / beneficiário:* é a razão de ser do Hospital. O doente é uma pessoa com necessidades biológicas, psicológicas e sociais, com direitos e deveres. É um ser com potencialidades e capacidades que utiliza na satisfação das suas necessidades, com vista a atingir o equilíbrio / bem-estar e o seu máximo desenvolvimento.

- *Recursos Humanos:* numa empresa como o Hospital, os recursos humanos são uma das chaves do sucesso na prestação dos serviços. É importante a existência de tecnologia diferenciada e actual, mas a mão-de-obra, altamente especializada (como sejam os médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administrativos e auxiliares de acção médicas, entre outros) são os responsáveis directos por uma consecução efectiva da Missão do hospital. Os conhecimentos adquiridos na preparação académica, associada à formação profissional e ao *know-how* adquirido ao longo dos anos de experiência condicionam a assertividade dos cuidados de saúde realizados e consequentemente a dimensão dos custos envolvidos no processo. Trata-se então de um aspecto primordial na análise estratégica de qualquer empresa hospitalar e que domina as preocupações dos gestores da organização.

- *Qualidade:* eleger a qualidade como valor que ilumina o caminho da Instituição, implica reconhecer em cada momento que é importante mas não basta ter recursos humanos qualificados, boas condições de trabalho e um conjunto de condições organizacionais e materiais que lhe servem de suporte, no exercício das actividades de prestação de cuidados.

O programa adoptado para ser desenvolvido no HDA, cujo protocolo com o Instituto da Qualidade em saúde e o *King's Fund Health Quality Service* foi assinado em 24/10/2002, é a afirmação clara e inequívoca deste valor institucional.

A qualidade só pode ser alcançada se houver coerência entre os diferentes subsistemas e respectivas estratégias terapêuticas. O Serviço de Enfermagem, deve proporcionar cuidados integrados, numa apreensão holística do cliente, pelo que, a sua gestão específica, deve ser regida não pela lógica tradicional, mas por uma lógica coordenada que tenha em conta: a) a lógica do subsistema administrativo; b) a lógica do subsistema médico; c) a lógica do subsistema enfermagem; d) a lógica do cliente.

Envolvidos numa metodologia que implica a existência de padrões de qualidade, normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho para cada categoria profissional, o que permite entre vários aspectos, uma melhoria no desempenho dos enfermeiros e uma maior facilidade na sua aplicabilidade e reflexão, os enfermeiros do HDA, com base na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) e no modelo teórico de Virgínia Henderson e tendo apoio da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros desenvolveram uma dinâmica própria que lhes tem permitido trabalhar algumas metodologias científicas de trabalho.

No momento da realização deste estudo, existiam na Instituição, 97 enfermeiros distribuídos da seguinte forma, segundo as categorias profissionais: 78 enfermeiros de nível 1 (enfermeiros e enfermeiros graduados), 11 enfermeiros especialistas, 6 enfermeiros chefes, uma enfermeira supervisora e um enfermeiro director.

Para Polit e Hungler (1995: 144), uma amostra consiste em “um subconjunto de entidades que compõem a população”. É um subconjunto característico de uma população ou de um domínio de actividades.

Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência porque permite ao pesquisador “decidir seleccionar, intencionalmente, a mais ampla variedade possível de respondentes, ou, ainda, pode seleccionar os sujeitos tidos como características da população em questão, ou particularmente conhecedores das questões em que estão sendo estudadas” (id, 1995: 148).

A população incluída no estudo foi constituída pelos enfermeiros que exerciam funções nos diversos serviços do HDA e que cumpriam cumulativamente os seguintes

critérios: a) não tinham nenhuma doença grave; b) exerciam funções no HDA há mais de três meses e; c) não detinham a categoria de enfermeiro supervisor.

Assim, no presente estudo foram inquiridos 90 enfermeiros, 31,1% do sexo masculino e 68,9% do sexo feminino (quadro 3). No mesmo quadro, podemos observar que a maioria são casados 71,1% e 21,1% são solteiros. De referir que apenas 1,1% são viúvos.

Quadro 3: Caracterização da amostra quanto ao sexo e ao estado civil

Sexo	Nº	%
Masculino	28	31,10
Feminino	62	68,90
Totais	90	100,00
Estado civil	Nº	%
Solteiro	19	21,10
Casado	64	71,10
Divorciado	6	6,70
Viúvo	1	1,10
Totais	90	100,00

A média de idades observada na amostra é de 34,91 anos para um desvio padrão de 9,07. O mínimo de idade observado é de 22 e o máximo de 66, podendo afirmar-se, com fundamento no valor do desvio padrão que há uma razoável variabilidade em relação à média (quadro 4).

Quadro 4: Caracterização da amostra quanto à idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Idade	90	22	66	34,91	9,07

1.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para recolher a informação pretendida e transformar conceitos em fenómenos mensuráveis e passíveis de registo, é necessário efectivar a construção de um instrumento de colheita de dados, que torne exequível esta pretensão. Tal tarefa encontra-se, entre os maiores desafios do processo de pesquisa. Trata-se de escolher, entre uma variedade de alternativas, aquela que melhor se adequa aos objectivos pretendidos, às características do estudo e, principalmente, às características da amostra.

“A elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento, além de ser o utensílio que o investigador utiliza para recolher informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa” (Gil, 1995: 105).

Como instrumento de colheita de dados seleccionámos um questionário (anexo 1), constituído por um conjunto de instrumentos, uma vez que se trata de uma amostra homogénea, permite o anonimato e economia de tempo. Este instrumento, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1996: 190), “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.”

Com base nestes pressupostos foi elaborado um conjunto de instrumentos constituído por três partes distintas, capazes de produzir todas as informações adequadas e necessárias para o estudo.

Assim, o conjunto de instrumentos será constituído por três partes:

1º Caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros

2º *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* (SFSSQ) – Questionário de avaliação da satisfação com a supervisão clínica nos enfermeiros

3º *Medical Outcomes Study: Short Form* (MOS SF-36) – Questionário de avaliação do estado de saúde

Avaliação dos dados sócio-demográficos e profissionais da amostra

O questionário aplicado à amostra deste estudo, contém algumas questões relacionadas com dados pessoais e profissionais de forma a caracterizá-la melhor. Os itens a utilizar serão os seguintes: sexo, idade, estado civil, existência de filhos e número, doenças que sofre, medicamentos que esteja a tomar, dias de doença e ausências ao trabalho no último mês, formação profissional, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de ligação institucional, serviço onde exerce funções, tempo de exercício no serviço, tipo de horário praticado, responsável pela supervisão das práticas profissionais, sexo do responsável pela supervisão, frequência de cursos e dispensas de serviço.

A avaliação dos dados sócio-demográficos e profissionais foi efectuada através da colocação de dezanove questões de resposta aberta, fechada e mista, operacionalizadas da seguinte forma:

- a) Sexo: pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino
- b) Idade: pergunta aberta, definida em anos.
- c) Estado civil: relativamente ao estado civil, os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal mas, também, a sua rotina habitual. Em conformidade foram considerados 4 grupos de indivíduos – solteiro(a), casado(a)/vive maritalmente, divorciado(a)/separado(a) e viúvo(a).
- d) Existência de filhos: variável operacionalizada através de uma pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: sim; não. Os que responderam afirmativamente foram convidados a indicar quantos filhos têm.
- e) História de doença nos inquiridos: pretendíamos saber se os inquiridos sofriam de alguma doença e, em caso afirmativo, que tipo de doença. A operacionalização da variável foi realizada através de uma pergunta fechada, dicotómica com duas

hipóteses de resposta: sim e não. Os que responderem afirmativamente foram convidados a indicar qual a doença.

- f) Medicamentos que estão a tomar com receita médica: variável operacionalizada através de uma pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: sim e não.
- g) Dias de doença no último mês: pergunta aberta, definida em dias.
- h) Absentismo no último mês: pretendíamos saber se o inquirido faltou ao serviço por doença. Variável operacionalizada através de uma pergunta aberta, definida em dias.
- i) Formação profissional: pergunta fechada com quatro opções de resposta: curso superior de enfermagem ou equivalente legal, especialização em enfermagem, mestrado e doutoramento.
- j) Categoria Profissional: nível hierárquico dentro da profissão de Enfermagem. De acordo com o art.º 4º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, elaborámos uma pergunta fechada, múltipla, com quatro opções de resposta: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro.
- k) Tempo de exercício profissional: pergunta aberta que pretende medir o tempo decorrido desde o início da actividade profissional até ao momento em anos e meses. Variável operacionalizada posteriormente em anos.
- l) Tipo de ligação à instituição: pergunta fechada com três opções de resposta: funcionário/agente; contrato a tempo certo e prestação de serviços.
- m) Serviço onde exerce funções: local onde o enfermeiro desenvolve as suas competências técnicas, científicas e relacionais. Variável operacionalizada através de uma pergunta aberta.
- n) Tempo de exercício no serviço: tempo decorrido desde que iniciou funções no serviço onde desempenha actualmente a actividade profissional. Variável operacionalizada através de uma pergunta aberta, definida em anos.

- o) Tipo de horário praticado: pergunta com três opções de resposta: manhãs, manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites.
- p) Responsável pela supervisão das práticas profissionais: pretendíamos saber quem era o responsável pela supervisão das práticas profissionais dos enfermeiros inquiridos. Variável operacionalizada através de uma pergunta com quatro opções de resposta: enfermeiro mais experiente, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e outro. Na última opção os inquiridos são convidados a especificar quem é o *outro*, elemento responsável que não estava incluído nas três opções anteriores.
- q) Sexo do responsável pela supervisão das práticas profissionais: operacionalizada através de uma pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino.
- r) Frequência de cursos de formação: pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: sim e não. Os que responderem afirmativamente são convidados a indicar o curso que frequentam.
- s) Dispensa de serviço: variável operacionalizada através de uma pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: sim e não.

Avaliação da satisfação dos enfermeiros com a supervisão clínica

Estando a supervisão clínica em Portugal numa fase incipiente, não há instrumentos validados, pelo que, houve necessidade de recorrer aos que existiam noutros países, nomeadamente no Reino Unido e Estados Unidos, tendo sido utilizado o SFSSQ (*Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire*), aplicado originalmente por Carlton Munson (2002) e adoptado para esta investigação por Garrido (2003).

A – Descrição do instrumento na versão original

Após análise de alguns instrumentos, pensamos que o SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* (anexo 2), seria o mais adequado, pelo que, procedemos à sua tradução, adaptação e validação para a população portuguesa (avaliação das características psicométricas do instrumento).

Esse questionário tem trinta itens que avaliam a satisfação dos supervisados sobre vários aspectos do processo de supervisão. As primeiras vinte e três perguntas constituem a versão curta da análise da satisfação com a supervisão, que deriva do instrumento original de análise – Questionário de Análise de Supervisão (SAQ).

Scores

Para análise dos 23 itens utilizou-se o seguinte método de contagem que a cada item de resposta faz corresponder um valor numérico (quadro 5).

Quadro 5: Grelha de contagem do score do SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire*

DP	Discorda plenamente	1
D	Discorda	2
DL	Discorda ligeiramente	3
CL	Concorda ligeiramente	4
C	Concorda	5
CP	Concorda plenamente	6

O valor numérico de resposta para cada pergunta é somado utilizando o valor correspondente aos códigos numéricos. O *score* final obtido resulta da contagem do valor numérico dos 23 itens.

O valor obtido pela soma de todas as respostas é uma medida global que abrange vários domínios. As contagens podem variar de 23 a 138 e as categorias de interpretação são as que constam do quadro 6.

Quadro 6: Grelha de análise das contagens obtidas pela aplicação do SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire*

Contagem obtida	Nível de satisfação de supervisão
23 a 46	Muito baixo
47 a 69	Baixo
70 a 92	Moderado
93 a 115	Alto
116 a 138	Muito alto

As contagens inferiores a setenta devem ser consideradas merecedoras de intervenção para prevenir ruptura significativa do processo de supervisão.

B – Características psicométricas na amostra portuguesa em estudo

Para se proceder à validação cultural do SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* e à elaboração de uma versão portuguesa recorreu-se à versão publicada e apresentada em anexo (anexo 2). A tradução de inglês para português e vice-versa seguiu o processo que a seguir se explica, resumidamente.

- a) A tradução de inglês para português foi efectuada por um tradutor profissional português fluente em inglês. Na primeira reunião com o tradutor foi-lhe explicado o objectivo do instrumento e as intenções subjacentes à concepção de cada item e às escalas.
- b) A versão traduzida para português foi entregue a uma profissional de língua inglesa fluente em português para que procedesse à sua retroversão para inglês, sendo realizada por uma tradutora que não conhecia o original. No entanto, convém referenciar que a tradutora tinha trabalhado em países que utilizam processos de supervisão e, por esse facto, conhecia a metodologia. Este foi um importante factor facilitador da retroversão.
- c) Comparou-se a versão original, a tradução e a retroversão para avaliar incongruências. Ao comparar-se as duas versões não se verificaram incongruências significativas.
- d) Utilizando o método da reflexão falada (anexo 3), pedimos a alguns enfermeiros, de ambos os sexos, que analisassem o questionário para percebermos como foi percebido no que diz respeito ao: formato e aparência visual, compreensão das instruções, compreensão dos diferentes itens, duração do preenchimento do instrumento e receptividade e adesão aos conteúdos.

As diversas leituras não suscitaram grandes dúvidas tendo sido apenas substituídos alguns termos, daí resultando a versão definitiva.

Com base nos resultados da aplicação do instrumento a uma população de 354 enfermeiros passou-se à exploração das propriedades psicométricas, ou seja, as

características psicométricas na versão portuguesa foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade.

Fidelidade do instrumento

O estudo dos itens e da fidelidade foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

- a) Determinação do coeficiente de correlação entre as diversas questões e a nota global. Esta indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir (Streiner e Norman, 1989 ; Vaz-Serra, 1994);
- b) Determinação do coeficiente de Spearman–Brown e Split-Half (uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade);
- c) Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um, os vários itens. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida.

O quadro 7 mostra que as correlações obtidas são todas positivas, bastante elevadas e altamente significativas ($p < 0,001$). Conforme se pode verificar o valor mais baixo encontrado foi de 0,23 na questão 21 e 0,26 na questão 10, apresentando a maioria valores bastante superiores. De acordo com os critérios definidos por diversos autores (Numally, 1978; Streiner e Normam, 1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20, permitindo os valores encontrados referir a homogeneidade em 100% dos itens.

Quanto ao coeficiente Alfa de Cronbach em 52% dos itens, quando são excluídos, o Alfa de Cronbach desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes; em cerca de 43% dos itens o valor do coeficiente Alfa de Cronbach quando excluídos mantém igual o valor global e apenas um item o 10 quando excluído faz subir o valor do Alfa. Apesar destes resultados, optámos por não os excluir por termos verificado que a sua manutenção não implica uma diminuição substancial da consistência interna global e porque se o fossem prejudicavam a homogeneidade da escala.

Quadro 7: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna *Alfa de Cronbach* do SFSSQ - versão adoptada (Garrido, 2003)

Medidas Item	\bar{X}	DP	r do total sem o item	α de Cronbach sem o item
S1	5,18	0,97	0,71*	0,93
S2	5,19	0,88	0,60*	0,93
S3	4,56	1,24	0,77*	0,92
S4	4,51	1,26	0,74*	0,92
S5	4,48	1,20	0,79*	0,92
S6	4,39	1,27	0,79*	0,92
S7	4,73	1,06	0,76*	0,92
S8	4,69	1,03	0,76*	0,92
S9	4,65	1,17	0,83*	0,92
S10	4,71	3,44	0,26*	0,95
S11	4,31	1,28	0,78*	0,92
S12	4,32	1,27	0,78*	0,92
S13	4,48	1,21	0,73*	0,92
S14	4,84	1,02	0,65*	0,93
S15	4,75	1,20	0,75*	0,92
S16	4,73	1,12	0,74*	0,92
S17	5,11	0,99	0,68*	0,93
S18	5,15	0,97	0,68*	0,93
S19	4,81	1,09	0,65*	0,93
S20	3,06	1,50	0,45*	0,93
S21	4,72	1,13	0,23*	0,93
S22	4,80	1,04	0,70*	0,93
S23	4,93	0,98	0,62*	0,93

* Estatisticamente significativo

Tal como já referimos anteriormente, uma boa consistência interna deve exceder um Alfa de Cronbach de 0,80 e, ao analisarmos o quadro 8, poderemos verificar que nesta escala está presente esse requisito.

Por outro lado, os valores encontrados para os coeficientes Split-Half e de Spearman-Brown representam igualmente dados abonatórios de uma boa consistência interna.

Quadro 8: Consistência interna da escala do SFSSQ (valores globais)

(n=354)	
Coeficiente Alfa de Cronbach	0,93
Coeficiente Spearman-Brown	0,92
Coeficiente Split-Half	0,92

Validade do instrumento

Para o estudo da validade do instrumento e, mais especificamente, da sua estrutura interna realizámos procedimentos de análise factorial em componentes principais. No sentido de maximizar a saturação dos itens procedemos à rotação ortogonal pelo método de varimax. Após sucessivas análises e, de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade, optámos por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) – quadro 9.

Para que a estrutura factorial ficasse harmoniosa e fiável utilizaram-se, para a eliminação de itens, os seguintes critérios:

- Baixo poder discriminativo (tendo-se considerado não aceitável a presença de uma percentagem superior a 50% numa única alternativa);
- Saturação inferior ou igual a 0,30;
- Correlação simultânea com dois factores, sendo que a distância entre ambos os valores não dista em mais do que 0,1.

Quadro 9: Análise factorial do SFSSQ e percentagem de variância explicada por cada um dos factores

Itens	Factores	APP	AP	CCS
1. O meu supervisor respeita-me como profissional.		0,683		
2. O meu supervisor dá-me autonomia para realizar o meu trabalho.		0,625		
7. Penso que a avaliação que o meu supervisor faz do meu trabalho é justa.		0,595		
8. A avaliação que o supervisor faz do meu trabalho é correcta.		0,624		
14. Posso confrontar o meu supervisor com uma situação.		0,652		
15. O meu supervisor está receptivo a novas ideias.		0,682		
17. O meu supervisor é simpático.		0,797		
18. O meu supervisor põe-me à vontade quando falo com ele.		0,621		
19. O meu supervisor fala claramente nas reuniões de supervisão.		0,621		
22. Raramente me aborreço com o meu supervisor.		0,753		
23. Raramente tenho conflitos com o meu supervisor.		0,728		
3. Sinto que o meu supervisor tem contribuído para o meu crescimento profissional.			0,681	
4. O meu supervisor é bom a organizar o trabalho.			0,681	
5. O meu supervisor sabe ensinar.			0,721	
6. O meu supervisor tem-me ajudado a desenvolver a minha auto-confiança.			0,754	
9. Globalmente, estou satisfeito com a experiência profissional demonstrada pelo meu supervisor.			0,639	
11. O meu supervisor tem-me ajudado a melhorar a eficiência como enfermeiro (a).			0,848	
12. O meu supervisor tem-me ajudado a melhorar a minha eficácia como enfermeiro (a).			0,840	
13. Os meus valores acerca do que constitui um bom cuidado são semelhantes aos do meu supervisor.			0,594	
16. O meu supervisor tem conhecimentos teóricos e aplica a teoria nos aspectos práticos do meu desempenho.			0,694	
20. O meu supervisor usa gravações e registos individualizados como material de apoio durante as entrevistas do processo de supervisão.			0,555	
10. Eu desejo manter as minhas sessões de supervisão.				0,449
21. A minha Instituição é um bom lugar para se trabalhar.				0,843

De acordo com estes critérios, nenhum dos itens foi eliminado tendo resultado uma estrutura de três factores que explicam 64,46% de variância (quadro 10).

O factor 1, que intitulámos de “acompanhamento pessoal e profissional (APP)” explica 29,9% da variância explicada. O factor 2, designado como “acompanhamento das práticas (AP)” explica 28,52% e o factor 3 denominado de “condicionantes do contexto supervisivo (CCS)” explica os restantes 6,04% da variância explicada.

Quadro 10: Análise da percentagem da variância explicada

% da variância explicada	APP	AP	CCS
% Explicada por factor	29,90	28,52	6,04
% do total de variância explicada	64,46%		

Avaliação da qualidade de vida

A revisão da literatura permitiu-nos verificar a existência de diversos instrumentos que avaliam a qualidade de vida. No estudo iremos utilizar o questionário do estado de saúde, designado por *Medical Outcomes Study: Short Form* (MOS SF-36) de Ware Sherbourne (1992), que entre outras qualidades tem a vantagem de já ter sido validado em diversos estudos para a população portuguesa, nomeadamente, por Ribeiro (1993, 1997) e Ferreira (1998, 2000a, 2000b).

Estudos vários referidos por Pereira (2003) têm demonstrado ser o *Medical Outcomes Study: Short Form* (MOS SF-36) um instrumento adequado, pois para além de avaliar a qualidade de vida permite avaliar o estado de saúde de um indivíduo.

A escala SF-36 é uma versão curta, elaborada a partir da *Rand Health Insurance Study*, também conhecida como *Health Insurance Experiment* (Bowling, 1994). Foi concebida para ser utilizada em diversos contextos: prática clínica, investigação, estudos populacionais em geral e avaliações de políticas de saúde, visando detectar alterações no estado de saúde das pessoas. Pode ser aplicada a indivíduos com mais de 14 anos, com ou sem doença, desde que saibam ler e escrever, podendo ser auto-administrada ou passado

por entrevistador no contexto de entrevista pessoal ou telefónica. O seu preenchimento demora entre 10 e 15 minutos.

A escala do SF-36 é constituída por 36 itens, distribuídos por escalas, com um número variado de itens, que pretendem medir oito conceitos: funcionamento físico (10 itens), limitações de papeis por problemas físicos (4 itens), dor corporal (2 itens), percepção geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), funcionamento social (2 itens), limitações de papeis por problemas emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Existe, ainda um item relacionado com alterações no estado de saúde, no período de um ano, sob o ponto de vista do próprio indivíduo.

Escala I: funcionamento físico (itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j)

Os dez itens que compõem esta escala pretendem avaliar a presença ou ausência de limitações para as actividades de vida diária. Pretende medir desde limitações para realizar pequenas actividades físicas (tomar banho ou vestir-se), até às mais exigentes, sem descurar a avaliação de actividades intermédias (subir escadas, ajoelhar, carregar compras, inclinar-se, ajoelhar-se ou percorrer distâncias variadas).

Um resultado baixo nesta escala traduz muitas limitações no desempenho de actividades diárias mais simples, como tomar banho ou vestir-se sem ajuda. Um resultado elevado é revelador de um desempenho de actividades físicas, incluindo as mais violentas, sem limitações derivadas de problemas de ordem física.

Escala II: limitações de papeis por problemas físicos (itens 4a, 4b, 4c, 4d)

Os quatro itens que compõem esta escala avaliam o impacto de problemas de saúde no exercício da actividade profissional ou actividades diárias diversas. Medem a limitação em saúde face ao trabalho executado, incluindo a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade na realização de tarefas.

Um resultado baixo traduz problemas com o trabalho ou outras actividades quotidianas como consequência do estado de saúde físico; inversamente, um resultado elevado indicia uma ausência de problemas com o trabalho ou outras actividades diárias decorrentes de problemas de saúde física, nas últimas quatro semanas.

As diferenças observadas nesta escala, podem ser interpretadas como uma aptidão para desempenhar papéis sociais, em grande medida, ainda que não totalmente, associada a efeitos de saúde física.

Escala III: dor corporal (itens 7 e 8)

Os dois itens desta escala medem a intensidade da dor e o desconforto que esta provoca e, ainda, em que medida interfere com as actividades de vida diária.

Um resultado baixo indica uma situação de dor severa e extremamente limitativa. Um resultado elevado reflecte uma ausência de dor ou de limitações atribuíveis à dor, nas últimas quatro semanas.

Escala IV: percepção geral de saúde (itens 1, 11a, 11b, 11c e 11d)

Os cinco itens desta escala pretendem avaliar a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, integrado numa perspectiva holística da saúde, a aparência saudável e a resistência à doença.

Um resultado baixo sugere que a pessoa considera a sua saúde precária, com tendência a agravar-se, inversamente, um resultado elevado indica que a pessoa considera a sua saúde óptima.

Esta escala de percepção geral de saúde é mais sensível à dimensão de saúde física.

Escala V: vitalidade (itens 9a, 9e, 9g e 9i)

Esta escala constitui uma medida de vitalidade constituída por quatro itens, incluindo níveis de energia e fadiga.

Um resultado baixo expressa um sentimento de cansaço e esgotamento, enquanto que um resultado alto traduz um estado de vitalidade e energia muito positivo, nas últimas quatro semanas.

Escala VI: funcionamento social (itens 6 e 10)

Esta escala compreende dois itens e pretende medir a quantidade e qualidade da actividade social, bem como, os reflexos que sobre ela exercem os problemas físicos e emocionais.

Um resultado baixo sugere uma limitação extrema e frequente de problemas de saúde ou emocionais no exercício de actividades sociais. Uma pontuação elevada indica um desempenho de actividades sociais sem interferência de problemas dessa índole, nas últimas quatro semanas.

Escala VII: limitações de papéis por problemas emocionais (itens 5a, 5b e 5c)

Os três itens desta escala avaliam o impacto de problemas emocionais no trabalho ou em diversas actividades de vida diária.

Um resultado baixo indica alterações no trabalho ou em outras actividades motivadas por problemas emocionais, enquanto que, um resultado elevado traduz ausência de alterações dessa natureza, nas últimas quatro semanas.

As diferenças nas escalas de papéis emocionais podem ser interpretadas com elevado grau de confiança como uma inaptidão para desempenhar papéis associada a problemas de saúde mental.

Escala VIII: saúde mental (itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9g)

A escala da saúde mental pretende captar dimensões importantes da saúde mental, como a ansiedade, a depressão, perda de controlo comportamentais e emocionais e o bem-estar psicológico.

Um resultado baixo sugere um estado de nervosismo e tristeza, enquanto que um resultado elevado indica a existência de um estado de calma e tranquilidade, nas últimas quatro semanas.

A escala de saúde mental é considerada uma medida bastante pura da dimensão mental da saúde, pelo que a sua interpretação não é ambígua.

COTAÇÃO

Os critérios de cotação dos itens e escalas do SF-36 estão definidos para que a um valor elevado corresponde um estado de saúde melhor. Mas, os dados provenientes da codificação das respostas ao instrumento não são imediatamente perceptíveis, pelo que, têm que ser submetidos a diversos procedimentos: codificação das respostas, recodificação de itens, cálculo das cotações das escalas, transformação dos resultados brutos das escalas numa escala de zero a cem.

a) Codificação das respostas: as respostas assinaladas pelos sujeitos são codificadas, atribuindo um valor idêntico ao número de código que está impresso no questionário.

b) Recodificação das respostas: os valores de código atribuídos às respostas dos itens 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b e 11d são alterados, sendo a sua cotação invertida. Esta operação é designada por recodificação de itens.

c) Tratamento dos dados omissos

A pontuação de uma escala é possível mesmo que contenha dados omissos. Isto só é possível se, pelo menos, metade dos itens estiver respondida. A solução é conseguida pela média das respostas transformadas do mesmo indivíduo aos restantes itens da escala.

d) Transformação das cotações das escalas: este procedimento envolve a transformação dos resultados brutos de cada escala numa escala de zero a cem, através da seguinte fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{Resultado bruto obtido} - \text{menor resultado bruto possível}}{\text{Intervalo máximo possível de resultados brutos}} \times 100$$

Esta transformação converte o menor e o maior resultado possível de obter em cada uma das escalas do SF-36 nos valores de zero a cem, respectivamente. Uma pontuação entre esses valores corresponde à percentagem da pontuação total possível atingida numa determinada escala.

1.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Antes de empreendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo na Instituição escolhida – o Hospital Distrital de Águeda.

O primeiro passo consistiu na obtenção de autorização para a realização do estudo através do competente pedido de autorização ao Senhor Presidente do Conselho de

Administração da Instituição, onde constavam o âmbito dos estudo e os objectivos, anexando um exemplar do conjunto de instrumentos a aplicar (anexo 4).

A aplicação dos instrumentos foi precedida de contactos informais com os enfermeiros chefes dos serviços onde foram expostas as motivações e objectivos do estudo, bem como, a necessidade da sua participação e colaboração na divulgação pelos colegas e na recolha dos questionários.

Por último, um procedimento imprescindível que passou pela sensibilização dos colegas enfermeiros no sentido de assegurar a sua participação e colaboração através do preenchimento dos instrumentos, assegurando total confidencialidade dos dados fornecidos.

Os dados foram finalmente recolhidos no HDA no período que decorreu entre 17 de Fevereiro e 10 de Março de 2003.

É importante referir que, para procedermos à validação cultural do SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* e à elaboração de uma versão portuguesa, solicitámos autorização aos Conselhos de Administração de outras instituições de saúde, nomeadamente do Hospital Infante D. Pedro S.A. – Hospital Distrital de Aveiro e Hospital S. Teotónio S.A. – Viseu (anexo 4) para que os enfermeiros que aí desenvolvem a sua actividade profissional pudessem colaborar através do preenchimento do questionário. Recorremos, ainda, a colegas amigos que se disponibilizaram a colaborar connosco, tornando, assim, possível a realização da validação cultural do instrumento.

O tratamento estatístico é, sem dúvida, uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação do questionário.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado por computador, através dos programas *Microsoft Word XP* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 11.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos

e máximos) e inferencial (teste U de Mann Whitney, de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman's).

Nas duas variáveis dependentes em estudo e antes da utilização dos testes estatísticos, aplicamos o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados. O teste revelou que as variáveis, não apresentavam distribuição normal e por esse facto, optamos por realizar, em todas as situações, testes não paramétricos: teste U de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman's.

A propósito do testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis pretendemos fazer uma advertência. Estes métodos avaliam diferenças estatísticas através de ranks (ou postos) das variáveis estudadas. A medida de tendência central mais correcta para resumir o que se passa com cada um dos grupos é a mediana. Contudo, nos estudos que elaborámos, tendo havido muitos indivíduos com o mesmo rank achámos, mais expressivo, para se compreenderem as diferenças entre variáveis, a indicação das médias, embora não seja através destas que o procedimento estatístico actua. De qualquer forma, sempre que referimos a utilização destes testes, os valores de p indicados são os que o método extraiu.

Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento SFSSQ (*Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire*) foram calculadas as medidas de resumo, as correlações de cada item com o total e o alfa de Cronbach, utilizado como medida interna de fidelidade do instrumento. A inclusão dos itens em cada um dos factores teve em conta o resultado de análises factoriais em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax.

Finalmente, é necessário assinalar que em todas as provas estatísticas, utilizámos, os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$ – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$ – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$ – a diferença é muito significativa.

As questões 27 a 30 do SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire* (Questionário de satisfação da supervisão de Carlton Munson, 2002), pelo facto de serem constituídas por perguntas abertas foram tratadas com recurso a análise de

conteúdo. Essa análise de conteúdo foi validada através da concordância de 90% entre a opinião de um painel de três juízes (Krippendorff, 1980).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recolhida a informação, com recurso a um questionário, é necessário apresentar os dados obtidos e discuti-los. Para isso, recorreremos a representações tabelares e a gráficos, que nos parecem os mais ilustrativos e adequados a cada situação, para que a informação facultada se torne facilmente inteligível.

Em todas as representações tabelares irá omitir-se a fonte e a data de recolha de informação, atendendo a que se reportam aos dados obtidos através da aplicação do questionário aos enfermeiros do HDA.

Um primeiro aspecto que pensamos ser importante realçar é o nível de interesse demonstrado pelos enfermeiros da Instituição patenteado na adesão e participação no estudo. Relembramos que havia uma população global de noventa e sete enfermeiros, tendo sido excluídos da amostra o enfermeiro director, a enfermeira supervisora e dois colegas com menos de três meses de exercício profissional, o que reduz a totalidade da população para noventa e três enfermeiros. Assim sendo, apenas três colegas não aceitaram participar, o que poderá significar uma enorme sensibilidade e interesse na temática proposta.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES DO ESTUDO

Iremos iniciar este capítulo apresentando e discutindo os dados que nos permitam obter a caracterização sócio-profissional da amostra inquirida.

A média de **idade da população inquirida** como afirmámos anteriormente (quadro 4) é de 34,91 anos para um desvio padrão de 9,07, o que indica a existência de uma razoável variabilidade de idades em relação à média.

Os dados obtidos relativos aos agregados familiares e, mais especificamente, à **existência e número de filhos**, podemos observar no quadro 11, que 63,3% dos enfermeiros inquiridos têm filhos e 36,7% não têm. Dos 57 enfermeiros que têm filhos

podemos verificar que, maioritariamente, têm dois filhos (52,63%), dos restantes, 36,84% têm um filho e apenas 10,53% têm três filhos.

Quadro 11: Caracterização da amostra quanto à existência e número de filhos

Existência de filhos	Nº	%
Sim	57	63,30
Não	33	36,70
Totais	90	100,00
Número de filhos	Nº	%
1	21	36,84
2	30	52,63
3	6	10,53
Totais	57	100,00

Observando o quadro 12, podemos constatar que, quanto à **existência de doenças**, o maior percentual se situa nos indivíduos que não referem doenças com 82,22% e, apenas 17,78%, afirmaram ter uma doença.

Em virtude de ser importante saber se **quem toma medicamentos** é quem referiu ter uma doença optámos, para esta variável por dividir a amostra em dois grupos: quem tem uma doença e quem não tem.

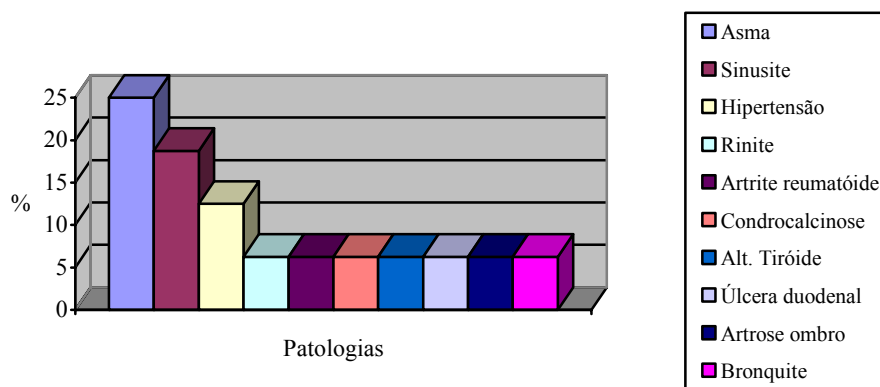
Pela análise do quadro 12, verifica-se que, 56,3% dos inquiridos toma medicação sob orientação médica. No entanto, existem 2,7% de profissionais, que tomam medicamentos, mas que declaram não sofrer de qualquer doença. Outro dado a reter da observação da tabela é que 43,7% dos inquiridos que referiram ter uma doença não fazem qualquer tipo de medicação.

Quadro 12: Caracterização da amostra quanto à toma de medicamentos sob orientação médica, relacionada com doença

Tem alguma doença	Nº	%	
Sim	16	17,80	
Não	74	82,20	
Tem uma doença	Toma medicamentos	Nº	%
Sim	Sim	9	56,30
	Não	7	43,70
	Total	16	100,00
Não	Sim	2	2,70
	Não	72	97,30
	Total	74	100,00

Quanto ao **tipo de doença** pode verificar-se pelo gráfico 1, que a maior percentagem apresenta asma, com 25% de referências. De salientar que, dos inquiridos que afirmaram ter uma doença, a sinusite é referenciada por 18,75% e a hipertensão arterial por 12,5%. Existe, ainda, um leque variado de patologias: rinite alérgica, artrite reumatóide, condrocalcinose, patologia da tiróide, úlcera duodenal, artrose do ombro e bronquite, representando, cada uma, 6,25% do total da amostra.

Gráfico 1: Distribuição da amostra de acordo com as patologias identificadas



Curiosamente, verificamos que as doenças identificadas não têm grande analogia com estudos publicados, nomeadamente de Carapinheiro e Lopes (1997), em que as lombalgias e as hérnias discais representam conjuntamente 54,2% do total das patologias dos enfermeiros, seguindo-se as patologias ortopédicas diversas com 9,6% e, com igual percentagem as alergias. Com alguma expressão é referido o stress/depressão com 9%.

Relativamente ao **absentismo por doença no último mês** e, pelas mesmas razões apontadas anteriormente, também, nestas variáveis iremos fazer a análise separando a amostra em dois grupos. Ao analisar-se o quadro 13, verificamos no grupo dos inquiridos que referiram ter uma doença, que a média de dias de absentismo se situa à volta dos 0,68 para um desvio padrão de 1,25, ou seja, existe uma grande variabilidade em torno da média.

No grupo que foi referenciado por não ter uma doença verificou-se que em média estiveram doentes cerca de 0,44 dias para um desvio padrão de 1,59.

Quadro 13: Caracterização da amostra quanto aos dias de doença no último mês.

Tem uma doença	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Sim	16	0	3	0,68	1,25
Não	74	0	10	0,44	1,59

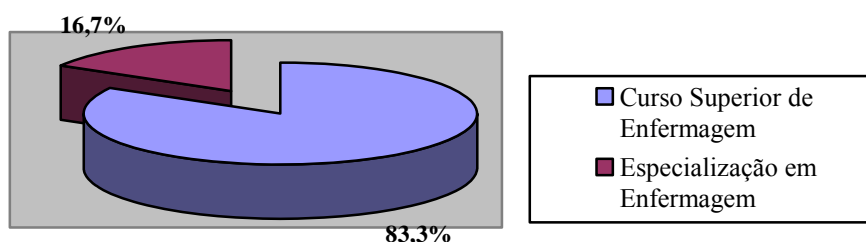
Quanto aos dias de ausência ao trabalho é de referir que o grupo que não referenciou uma doença faltou mais ao trabalho do que aqueles que afirmaram ter doença (quadro 14).

Quadro 14: Caracterização da amostra quanto ao absentismo no último mês consoante a existência ou não de doença

Tem uma doença	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Sim	16	0	0	0	0
Não	74	0	2,0	5,405E-02	0,32

Quanto à **formação profissional** verificamos pelo gráfico 2, que a maioria dos inquiridos (83,3%) possui o curso superior de enfermagem e apenas 16,7% possui uma especialização em enfermagem.

Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com a formação profissional



Por outro lado, quanto à **frequência de cursos de formação** na altura da realização deste estudo, podemos afirmar com base nos resultados apresentados no quadro seguinte que 75,6% dos inquiridos não se encontravam a frequentar qualquer curso, apresentando-se os restantes 24,4% a frequentar diversas formações.

Dos 22 enfermeiros que se encontram a realizar um curso uma maior percentagem (45,45%), frequenta o curso de complemento de formação e 27,27% um mestrado. Outro dado a reter, é que apenas 40,9% dos enfermeiros em formação têm **dispensas de serviço**, sendo que, 59,1% não usufruem da mesma.

Quadro 15: Caracterização da amostra de acordo com a frequência de cursos, tipo de cursos que frequentam e as dispensas de serviço que usufruem.

Frequência de cursos	Nº	%
Sim	22	24,40
Não	68	75,60
Totais	90	100,00
Dispensas de serviço para a frequência de cursos	Nº	%
Sim	9	40,90
Não	13	59,10
Totais	22	100,00

Cursos que se encontram a frequentar	Nº	%
Curso de complemento de formação	10	45,45
Mestrado	6	27,27
Pós-graduações diversas	3	13,63
Optometria	1	4,55
Informática	1	4,55
Economia	1	4,55
Totais	22	100,00

Esta situação dos profissionais em formação motivou diversos comentários aos inquiridos, dos quais salientamos:

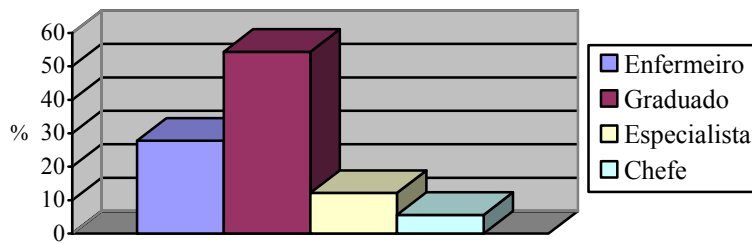
“A supervisão das nossas práticas profissionais tem sido relegada para segundo plano em detrimento dos cursos que os chefes se encontram a frequentar, que se traduzem na prática por grandes ausências dos serviços” – E43.

“A supervisão deveria estar mais presente no dia a dia e não tão ausente como acontece neste momento, devido à corrida aos mestrados e outros cursos de valorização pessoal” – E64.

Face aos comentários transcritos entendemos que se justificava indagar da veracidade e fundamentação dos comentários e formulámos a hipótese *H6* – *Os enfermeiros que se encontram a frequentar cursos de formação estão mais satisfeitos com a supervisão clínica*. Esta hipótese será analisada mais adiante.

Relativamente à distribuição da nossa amostra de acordo com a **categoria profissional dos enfermeiros**, podemos constatar (gráfico 3) que dos noventa enfermeiros que constituíram a nossa amostra, quarenta e nove (54,4%) são enfermeiros graduados, vinte e cinco (27,8%) têm a categoria de enfermeiros, onze (12,2%) são especialistas e apenas cinco (5,6%) são enfermeiros chefes.

Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a categoria profissional



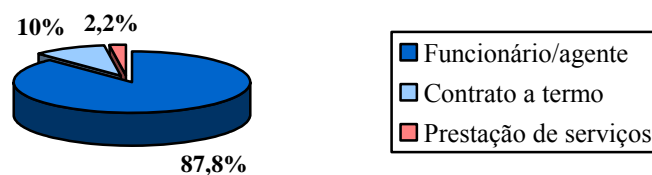
Em relação ao **tempo de exercício profissional**, como se observa no quadro que se segue, verifica-se que a antiguidade mínima na profissão é de 1 ano e o máximo de 40 anos sendo, por isso, a amplitude de variação de 39 anos. A média é de 12,15 para um desvio padrão de 8,37. Pelo valor do desvio padrão pode afirmar-se que há uma grande variabilidade em relação à média.

Quadro 16: Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional.

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Tempo exercício profissional	90	1	40	12,15	8,37

Pelo estudo na amostra do **tipo de ligação à instituição** (gráfico 4) ficámos a saber que existem setenta e nove funcionários e agentes (87,8%), nove contratados (10%) e dois em prestação de serviços (2,2%).

Gráfico 4: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de ligação institucional



Não querendo, nem podendo, extrapolar os dados obtidos para além do contexto em análise, podemos verificar que existem muitas analogias entre os dados que caracterizam a nossa amostra e os resultados obtidos por outros autores nos respectivos estudos. Assim, no essencial reforçam as conclusões obtidas por Carapinheiro e Lopes (1997), que concluíram que a profissão é exercida esmagadoramente por profissionais do sexo feminino; nos hospitais a população é maioritariamente jovem, 66% têm menos de 41 anos e, relativamente, a vínculos laborais mais de 80% dos inquiridos estão integrados em lugares de quadro. Por outro lado, também, Munson (2002), em trabalhos realizados com trabalhadores da área social, refere nos seus estudos que há 70% de probabilidade de os supervisados serão do sexo feminino (Kadushin, 1974; Munson, 1975), têm em média 34 anos de idade, seis anos de experiência de assistência social, 60% são casados e têm em média duas crianças.

Relativamente aos **serviços onde exercem funções**, pela leitura do quadro 17 podemos afirmar que os inquiridos trabalham em vários serviços do hospital, tendo-se verificado que em igual percentual, ou seja, 18,9% dos enfermeiros trabalham nos serviços de urgência e ortopedia. Com um percentual de 16,7% segue-se a medicina e a cirurgia com 14,4%.

Quadro 17: Caracterização da amostra quanto ao serviço onde exerce funções

Serviço onde exerce funções	Nº	%
Urgência	17	18,90
Ortopedia	17	18,90
Medicina	15	16,70
Cirurgia	13	14,40
Especialidades	9	10,00
Pediatria	9	10,00
Bloco Operatório	7	7,80
Consultas Externas	3	3,30
Totais	90	100,00

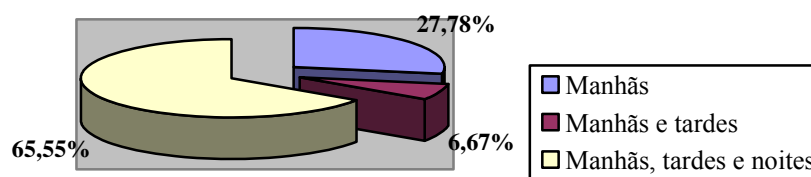
Quanto ao **tempo de exercício nos serviços**, de acordo com os dados obtidos (quadro 18), os enfermeiros trabalham nos respectivos serviços em média há 4,95 anos para um desvio padrão de 5,26. Pelo valor do desvio padrão pode verificar-se que existem uma grande variabilidade em torno da média de tempo de serviço.

Quadro 18: Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional no serviço

Variável	N	X min	X máx	\bar{X}	DP
Tempo no serviço	90	3 Meses	25 Anos	4,95	5,26

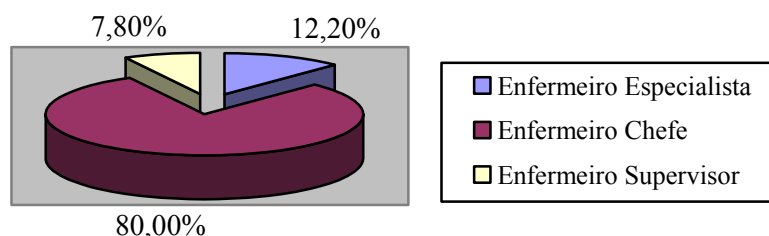
No que se refere ao **tipo de horário praticado** pode afirmar-se que o maior número de enfermeiros (59) trabalha nas manhãs, tardes e noites, a que corresponde uma percentagem de 65,55%. Em horário fixo, ou seja, só manhãs, encontram-se vinte e cinco enfermeiros a realizá-lo – 27,78% (gráfico 5).

Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo o tipo de horário praticado



Relativamente aos **responsáveis pela supervisão das práticas profissionais**, os dados obtidos permitem-nos afirmar que o enfermeiro chefe foi referenciado por setenta e duas vezes, ou seja, por 80% dos inquiridos, como sendo o responsável pela supervisão das práticas e onze (12%) referiram o enfermeiro especialista. De salientar que 7,8% dos enfermeiros referiram o enfermeiro supervisor (gráfico 6).

Gráfico 6: Caracterização da amostra quanto aos responsáveis pela supervisão das práticas profissionais



Ao referenciarem esmagadoramente o enfermeiro chefe como sendo o responsável pela supervisão das práticas profissionais, os enfermeiros inquiridos limitaram-se a expressar influências dominantes no contexto nacional, em que de acordo com o Decreto-Lei nº188/2003 de 20 de Agosto, que regulamenta a gestão hospitalar, nos hospitais do sector público administrativo e, que determina no seu artigo 23º, alínea a), que é ao enfermeiro chefe, que compete a supervisão dos cuidados de enfermagem, garantindo a máxima eficiência e qualidade e promovendo a sua constante melhoria e actualização.

Também ao nível da avaliação de desempenho e do mérito profissional está implementado um sistema criado pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho nº 2/93 de 30 de Março, que estabelece-se uma relação privilegiada entre o avaliador (enfermeiro chefe) e o avaliado para discutir o que se espera do outro e como essas expectativas estão a evoluir. É um processo regulador em que existe uma supervisão administrativa do trabalho, desenvolvido através de entrevistas periódicas de orientação em que o avaliador e o avaliado analisam ambições, aspirações e expectativas pessoais, negociam objectivos, reflectem sobre hipóteses que melhor sirvam esses objectivos e definem estratégias para os atingir. Este processo condiciona a opinião dos inquiridos levando-os a associar a avaliação de desempenho à supervisão clínica na medida em que está a dar os primeiros passos entre nós, não estando suficientemente divulgada e implementada.

A incorporação da supervisão clínica numa estratégia de administração constitui a base de um dos debates mais significativos da sua implementação no seio da enfermagem,

sendo que, prevalece com carácter esmagador a opinião de que a supervisão clínica não deve ser confundida ou estar integrada em qualquer abordagem de supervisão administrativa.

“Supervisão administrativa e supervisão clínica são funções diferentes e não deveriam ser empreendidas pela mesma pessoa”, é uma declaração de Margaret Buttegieg na introdução da obra de Swain (1995), *Clinical Supervision: The principles and the process*. Também Bond e Holland (1998), se mostram claramente adeptos da necessidade de colocar profissionais no papel de supervisor clínico fortemente e contrários à perspectiva de ter os gestores de carreira neste papel.

McCallion e Baxter (1995), advogam que a supervisão clínica e a gestão de serviços não devem ser realizados pela mesma pessoa. Opinião semelhante foi expressa por Burrow (1995), afirmando que se os papéis de gestão e supervisão forem concentrados no mesmo indivíduo será difícil perceber como pode um supervisor conciliar uma função disciplinadora com um supervisionado sem afectar seriamente o relacionamento próximo que a supervisão tende a construir.

Também Kohner (1994), defende que a supervisão clínica deve claramente ser separada das matérias que se relacionam com incentivos, promoções ou disciplina, enquanto que a *United Kingdom Central Council* (1996), na sua declaração de princípios estipulou que a supervisão clínica não poderia ter carácter de subordinação hierárquica, nem ser confundido com controlo administrativo, nem avaliação de desempenho. A mesma organização afirmou que, a supervisão clínica é distinta da supervisão administrativa, apoiando-se uma visão diferente, a supervisão é uma forma de apoio clínico profissional. A *United Kingdom Central Council* (1996) indica que, o supervisor clínico deve ser indicado por quem necessita ser apoiado nas suas práticas, não devendo ser uma pessoa designada directamente pela organização.

Quanto ao **sexo do responsável pela supervisão das práticas** clínicas 77,8% são do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino.

2.2. NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS

Ao analisarmos os valores apresentados no quadro 19, poderemos verificar que os valores do **nível de satisfação com a supervisão** oscilam entre 45 e 138, para uma média de 110,62 e 18,12 de desvio padrão. Tendo presentes os valores de referência apresentados no capítulo da metodologia poderemos referir que *os enfermeiros em média apresentam um alto valor de satisfação com a supervisão* (é considerado alto valor de satisfação valores situados entre 93 e 115).

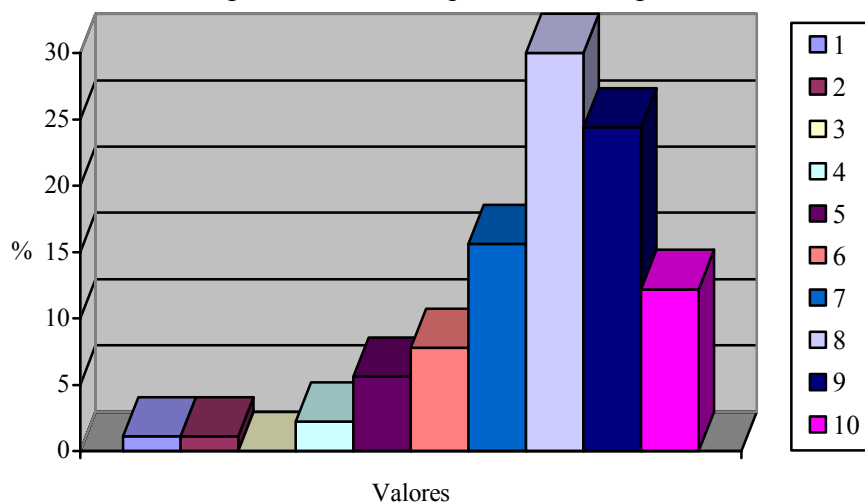
Quadro 19: Caracterização da amostra quanto ao nível de satisfação com a supervisão

Supervisão	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Satisfação global com a supervisão	90	45	138	110,62	18,12
F1: acompanhamento pessoal e profissional (APP)	90	25	66	56,18	7,82
F2: acompanhamento das práticas (AP);	90	12	60	44,93	10,18
F3: condicionantes do contexto supervisivo (CCS	90	4	12	9,50	1,55

Este estudo confirma e até surpreende positivamente em relação aos estudos divulgados por Munson (2002). Nas investigações que realizou com trabalhadores da área social, com mais de seis anos experiência em assistência social, percentagens entre 61 e 64% dos supervisados manifestaram-se satisfeitos com a sua experiência de supervisão, avaliando-a favoravelmente.

Outro dado fundamental a reter deste estudo é o facto de *os supervisados avaliarem muito favoravelmente a qualidade da supervisão realizada pelos supervisores das respectivas práticas profissionais*. Como podemos verificar no gráfico 7, numa escala de zero a dez, 30% dos inquiridos atribuiu uma ponderação de oito, 24,4% de nove, 15,6% de sete e 12,2% atribuíram mesmo a ponderação máxima. É de referir que atribuíram uma ponderação negativa (valores entre zero e cinco) apenas 4,4% do total da amostra.

Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo a avaliação do supervisor sobre a qualidade da supervisão

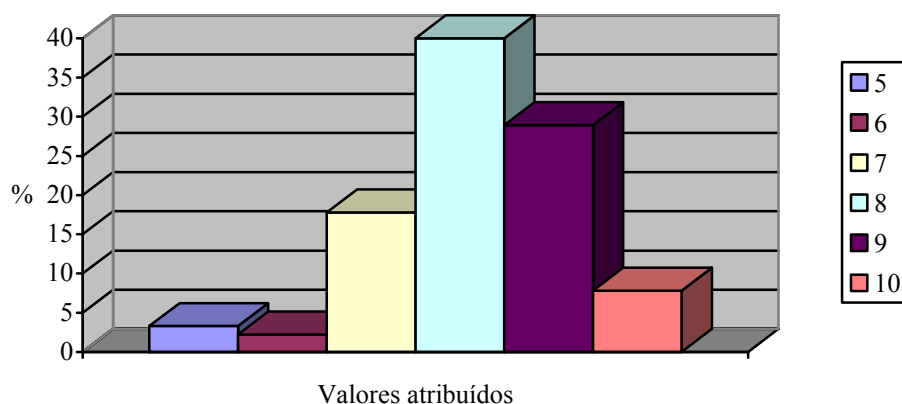


Auto-avaliação dos supervisados sobre a sua qualidade profissional

Considerando que os enfermeiros devem ser os primeiros e principais responsáveis pela avaliação da qualidade do seu próprio trabalho foi-lhes solicitado para classificarem numa escala pré-definida entre zero e dez a sua qualidade profissional. E, verificámos que *os supervisados auto-avaliam muito favoravelmente a sua qualidade profissional e, consequentemente, das suas práticas*. Como podemos verificar no gráfico que se segue, 40% auto-atribuiu uma ponderação de oito, 28,9% de nove, 17,8% de sete e 7,8% atribuíram mesmo a ponderação máxima. Um dado importante é o facto de nenhum dos inquiridos ter uma auto-imagem profissional negativa na medida em que não existe nenhuma ponderação inferior a cinco.

Estes dados reforçam os resultados obtidos no estudo de Carapinheiro e Lopes (1997), em que as chefias de enfermagem, avaliam as suas práticas profissionais como boas numa percentagem de 75,4% e, mesmo excelentes em 3,6%. Apenas 20% as consideraram razoáveis, sendo residual (1%) o valor dos que consideraram as suas práticas deficientes.

Gráfico 8: Distribuição da amostra quanto à auto-avaliação dos supervisados sobre a sua qualidade profissional



Contributos da supervisão para a melhoria da eficácia e eficiência dos supervisados como profissionais

A supervisão clínica ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. Isto, permite desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade intrínseca e desenvolver conhecimento a partir da realidade da prática clínica o que por si só é suficiente para merecer o nosso investimento na supervisão clínica.

E, é precisamente este sentimento, que é expresso nas respostas obtidas (quadro 20), em que 82,2% dos inquiridos consideram que *a supervisão contribuiu para a sua eficiência e eficácia*, em oposição aos 17,8%, que negaram o seu contributo.

Quadro 20: Caracterização da amostra quanto ao contributo da supervisão para a melhoria da eficácia e eficiência dos supervisados como profissionais

Contributo da supervisão para eficiência e eficácia	Nº	%
Sim	74	82,20
Não	16	17,80
Totais	90	100,00

Dos 90 inquiridos, 49 não explicitaram quais os contributos da supervisão clínica para a melhoria da eficiência e eficácia enquanto profissionais. O quadro 21, revela os resultados das respostas obtidas após recurso à análise de conteúdo das explicitações realizadas.

Assim, verificamos que, a esmagadora maioria das afirmações, mais concretamente 50, se refere a aspectos de formação profissional que, para seguir as orientações de diversos autores (Proctor, 2001; Butterworth e Faugier, 1994) designámos como formativos/educativos, enquanto os aspectos encorajadores e restaurativos são claramente minoritários averbando apenas quatro registos. Os aspectos mais vezes citados prendem-se com a orientação profissional e a reflexão sobre as práticas com 36 referências, seguidos da motivação para actualização profissional e análise crítica construtiva com quatro unidades de registo cada.

Quadro 21: Distribuição das unidades de registo, quanto aos contributos da supervisão para a melhoria da eficácia e eficiência dos supervisados como profissionais.

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Aspectos formativos/ educativos	Reflexão sobre práticas e orientação profissional	36
	Motivar para actualização profissional	4
	Análise crítica construtiva	4
	Conhecimentos científicos profissionais	3
	Supervisor como referência e exemplo profissional	2
	Definição individualizada de estratégias	1
Sub total		50
Aspectos encorajadores/restaurativos	Contribuir para autonomia e segurança	2
	Reforços positivos	2
Sub total		4
Total		54

Estes aspectos não se afastam muito dos que foram referidos noutros estudos, nomeadamente de Fowler (1995), citados por Saliba (1997) em que concluiu que os enfermeiros referem como aspectos positivos de uma boa supervisão os conhecimentos e a experiência profissional na área em que trabalham; a capacidade dos supervisores para comunicar esses conhecimentos de uma maneira compreensível; discutir com os supervisados os seus conhecimentos e experiências; a interacção com o supervisado e a análise das boas práticas não criticando apenas os pontos fracos.

Não podemos esquecer que o enriquecimento e desenvolvimento profissional dos supervisados não são automáticos. Como diz Hesbeen (2001: 64), “a experiência, só por si, não gera conhecimento. Embora ela contribua para a aquisição de uma certa competência e de uma certa destreza dos gestos executados, para poder enriquecer os conhecimentos da pessoa, essa experiência necessita ser reflectida, discutida e conceptualizada”. E aqui o supervisor clínico tem uma das suas funções essenciais a desempenhar.

Características que os supervisados apreciam nos seus supervisores

Dos 90 inquiridos, 20 não explicitaram quais características que os supervisados apreciam nos seus supervisores.

O quadro 22, revela os resultados das respostas obtidas após recurso à análise de conteúdo das explicitações realizadas, podendo verificar-se que os supervisados esmagadoramente referem aspectos relacionados com as competências humanas e relacionais dos seus supervisores, como são: disponibilidade e disponibilidade para ouvir, simpatia, imparcialidade, compreensão, capacidade de diálogo, capacidade para gerir conflitos, capacidade de liderança, sinceridade, dinamismo, relacionamento interpessoal, espírito de equipa e a amizade.

Nas competências técnicas apreciam, particularmente, a competência profissional, a organização e a eficiência.

Quadro 22: Distribuição das unidades de registo, quanto aos aspectos que os supervisados apreciam nos seus supervisores

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Competências técnicas e organizacionais	Competência profissional	18
	Organização	7
	Eficiência	2
Sub total		27
Competências humanas e relacionais	Disponibilidade e disponibilidade para ouvir	25
	Simpatia	13
	Imparcialidade	11
	Compreensão	10
	Capacidade de diálogo	9
	Capacidade para gerir conflitos	8
	Capacidade de liderança	7
	Sinceridade	6
	Dinamismo	6
	Relacionamento interpessoal	5
	Espírito de equipa	5
	Amizade	4
	Respeito pelos outros / tolerância	3
	Humildade	2
	Honestidade	2
	Frontalidade	2
Sub total		118
Total		145

Uma política de saúde centrada na *Qualidade*, é um desafio assumido com clareza e determinação pelos profissionais de saúde e a supervisão clínica surge intimamente associada ao processo de acompanhamento de práticas sendo, em nossa opinião decisivo, o contributo do programa de melhoria da qualidade organizacional, implementado no HDA com o apoio do Instituto da Qualidade em Saúde e o *King's Fund Health Quality Service*, para a sensibilização dos profissionais de saúde e dos gestores para a importância da supervisão clínica ao incluírem nas suas normas diversos critérios que a mencionam explicitamente.

A partilha dessa filosofia poderá justificar algumas das opiniões expressas pelos inquiridos, mas o que as respostas obtidas reforçam é a nossa convicção de que o envolvimento, empenhamento e satisfação dos profissionais são factores incontornáveis num processo de implementação de um programa, seja ele de qualidade organizacional ou de supervisão clínica em enfermagem.

Os resultados obtidos espelham no essencial estas ideias e confirmam o papel fundamental e insubstituível do supervisor clínico e a importância das suas qualidades técnicas e humanas, confirmando as características fundamentais do supervisor, na relação supervisiva apontadas por Hagler (1991), citado por Cottrell (2002a): a empatia, ser positivo e paciente, e ao promover a mudança positiva, educa, monitoriza, recomenda, desafia, sustenta e pesquisa.

Os dados obtidos reforçam, também, as ideias de Nunes e Rego (2002), para quem o incentivo ao desempenho cabal da profissão de enfermagem, passa pelo reforço dos factores emocionais e psicológicos e relegam para um plano paralelo, mas não necessariamente superior, os incentivos materiais, definindo um conceito inovador de *salário emocional*.

Não poderemos deixar de reforçar positivamente, que apesar de 80% dos inquiridos referenciarem os enfermeiros chefes como responsáveis pela supervisão das práticas profissionais, simultaneamente lhe reconhecem e valorizam as qualidades humanas e relacionais.

Aspectos que os supervisados não apreciam nos seus supervisores

Dos 90 inquiridos, 53 não explicitaram quais as características que não apreciam nos seus supervisores. Dos restantes, após análise de conteúdo, obtivemos 50 unidades de registo, podendo verificar-se (quadro 23), que a maioria dos supervisados continuam a eleger, agora negativamente, os aspectos relacionados com as competências humanas e relacionais dos seus supervisores, destacando-se a sua demasiada flexibilidade, falta de capacidade de liderança, distância para os supervisados e a falta de diálogo.

Dentro das competências técnicas e organizacionais destacam negativamente a permissividade e baixo nível de exigência, a desorganização e a incompetência e incapacidade técnica

Quadro 23: Distribuição das unidades de registo quanto aos aspectos que os supervisados não apreciam nos seus supervisores

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Competências técnicas e organizacionais	Permissividade e baixo nível de exigência	7
	Desorganização	4
	Incompetência e incapacidade técnica	3
Sub total		14
Competências humanas e relacionais	Demasiada flexibilidade	11
	Falta de capacidade de liderança	7
	Distância para os supervisados	4
	Falta de diálogo	3
	Parcialidade na avaliação	3
	Incapacidade para gerir conflitos	3
	Irritação	3
	Falta de objectividade	1
	Inflexibilidade	1
Sub total		36
Total		50

Ao desafiarmos os enfermeiros a identificarem as características que não gostavam nos seus supervisores, permitiram-nos obter resultados (quadro 27), que traduzem uma ideia de supervisor clínico baseado em função de chefia, característico da supervisão administrativa. Sabendo nós, que no HDA não existe supervisão das práticas profissionais, realizada por pessoas com formação específica, os dados obtidos permitem-nos concluir que a supervisão é realizada, essencialmente, pelos enfermeiros chefes e que será de acreditar, tal como aponta Ceitil (2001), que alguns denotem problemas e dificuldades, nomeadamente, ao nível da falta de formação, competências e dificuldades de ordem pessoal, especialmente ao nível da comunicação e que se reflectem nos resultados obtidos.

Estas opiniões conjugadas, com as que foram obtidas sobre as características que apreciam no supervisor revelam uma opção clara por modelos de gestão mais participativa, que incentivem o envolvimento e participação dos supervisados, considerando-os condições indispensáveis para se conseguir um bom desempenho, mas que mesmo assim não são enquadráveis numa filosofia de supervisão clínica. Kelly *et al* (2001), afirmam que a supervisão relacionada com competência e eficiência é essencialmente uma orientação da gestão e uma abordagem com ênfase nos recursos e avaliação da qualidade dos cuidados entra em conflito com uma abordagem de desenvolvimento profissional.

Assim, os resultados obtidos enquadram-se no que Ceitil (2001), denominou como novo paradigma da chefia, que tem subjacente a ideia que chefiar não é apenas “mandar e controlar” mas, também, comunicar, envolver, motivar e influenciar positivamente o comportamento das pessoas. Este modelo emana das novas responsabilidades que as organizações delegaram nas chefias e que passam pela resolução dos problemas da gestão intermédia, incluindo a gestão quotidiana das equipas profissionais, a gestão dos conflitos e a avaliação do mérito do desempenho profissional.

Os dados obtidos confirmam, também, em parte, o que Munson (2002), havia constatado nos seus estudos. Quando se questionam os supervisados sobre o desempenho do supervisor, o trabalhador listará numerosos descontentamentos mas quando se lhe pede para classificar a suficiência do supervisor, o trabalhador indicará níveis bastante altos de satisfação. Quando interrogado sobre esta inconsistência explicarão que sabem que não estão adquirindo o que devem da supervisão mas aceitam isso, porque entendem que os seus supervisores estão ocupados e cansados, e porque não desejam sobrecarregá-los ainda mais. O supervisado adopta percepções de supervisão que conduz a uma expectativa diminuída no supervisor.

Aspectos considerados importantes no processo de supervisão

Dos 90 inquiridos, 23 não explicitaram quais os aspectos que consideravam importantes para a supervisão clínica. Através do quadro 24, que congrega as unidades de registo obtidas após recurso à análise de conteúdo das respostas obtidas e, fundamentados no “*supervision alliance model*” de Proctor (1986, 2001), podemos verificar que os aspectos formativos foram os mais valorizados pela nossa amostra contabilizando 64

unidades de registo. Os aspectos mais vezes referidos foram a orientação profissional, a comunicação, a motivação profissional, a liderança e a competência profissional.

Inversamente, os aspectos considerados menos importantes foram os encorajadores e restaurativos, claramente minoritários averbando apenas 24 registos, contrariando as ideias de Proctor (1986, 2001), que valoriza primordialmente a função restaurativa, aquela que dá apoio ao profissional e atribui prioridade às necessidades emocionais do profissional de enfermagem. Dentro desta unidade de contexto, as unidades de registo mais citadas foram o relacionamento interpessoal/interajuda, a disponibilidade para ouvir e a empatia.

Unidades de registo, relacionadas com aspectos normativos, como a imparcialidade, avaliação de práticas profissionais, definição de objectivos, gestão de conflitos e entrevistas de orientação foram encontrados em 35 registos.

Quadro 24: Distribuição das unidades de registo, quanto aos aspectos considerados importantes no processo de supervisão.

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Aspectos formativos/ educativos	Orientação profissional	16
	Comunicação	11
	Motivação profissional	10
	Liderança	9
	Competência profissional	7
	Espírito de equipa	6
	Reflexão sobre as práticas	3
	Abertura a novas ideias	2
Sub total		64
Aspectos encorajadores/restaurativos	Relacionamento interpessoal/interajuda	14
	Disponibilidade para ouvir	7
	Empatia	3
Sub total		24
Aspectos normativos	Imparcialidade	12
	Avaliação de práticas profissionais	8
	Definição de objectivos	8
	Gestão de conflitos	6
	Entrevistas de orientação	1
Sub total		35
Total		123

Northcott (2000), nas conclusões dos trabalhos que realizou sobre avaliação de desempenho e que sustenta serem, também, aplicáveis à supervisão clínica apresenta como argumentos para sustentar essa posição muitos dos aspectos referidos pelos enfermeiros que colaboraram no nosso estudo (quadro 24).

Com carácter exemplificativo transcrevemos alguns comentários e conceitos sobre a supervisão clínica em enfermagem expressos por enfermeiros nos respectivos questionários:

“O valor da supervisão ganha outra dimensão quando aplicada a realidades objectivas, o que conjuntamente com a avaliação contínua permite a sua alteração e adequação para a obtenção dos resultados esperados.” – E35.

“A supervisão torna-se mais fácil quando é feita positivamente, criando um clima de conforto no relacionamento, ganhando com isso todo o sistema” – E42.

“A supervisão visa otimizar cuidados e comportamentos de modo a atingir padrões de qualidade determinados pela instituição apoiando o profissional nas suas dificuldades e limitações, contornando-as” – E46.

Estes dados, provavelmente influenciados pela ideia que detêm do sistema avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem servem para apoiar as teorias de Northcott (2000), de que avaliação de desempenho é uma ferramenta com benefícios potenciais para o desenvolvimento do pessoal através da qual grupos de pessoal podem acordar critérios de desempenho e estratégias de avaliação colectivamente em vez de lhes serem impostos administrativamente.

Durante muitos anos o sistema de avaliação de desempenho para enfermeiros desempenhou um papel de relevo, constituindo um foco de interesse no aprofundamento das relações pessoais entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros que avaliavam. As

entrevistas de orientação profissional proporcionam importantes momentos de reflexão profissional sobre as práticas de enfermagem.

Mas, o campo da supervisão clínica é mais vasto. Esta, ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional, que lhes permite desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade intrínseca e desenvolver conhecimento a partir da realidade da prática clínica.

A supervisão clínica é um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, realizada por profissionais mais experientes, que após terem sido submetidos a programas de formação específicos têm a responsabilidade de supervisionar outros membros da equipe, trabalhando competentemente, assegurando-se assim que toda a equipe nos diferentes níveis tenha a oportunidade de receber a supervisão clínica.

Como referem Butterworth e Woods (1999), a supervisão clínica em enfermagem exige, ainda: preparação correcta e idónea dos supervisores clínicos, disponibilidade de tempo, avaliação regular da orientação e do produto da supervisão e, acima de tudo, estabelecimento de relações de confiança entre supervisores e supervisionados.

Relativamente a estes aspectos a avaliação de desempenho não pode corresponder. Daí, pensarmos que a supervisão clínica deve fazer parte de uma cultura de confiança e ser uma exigência das práticas profissionais.

2.3. OS ENFERMEIROS E A SUA QUALIDADE DE VIDA

Analisando o quadro 25, podemos observar que *os indivíduos inquiridos parecem ter percebido, em média, o seu estado de saúde como menos afectado ao nível do funcionamento físico (88,05) e ao nível das limitações dos papéis por problemas emocionais (82,96)*. Podemos, igualmente, verificar como *mais afectado e em média, as alterações na saúde (49,72)* De salientar que apenas nesta escala os valores médios se situam abaixo do 50 (quadro 25).

Quadro 25: Caracterização da amostra quanto à qualidade de vida

Qualidade de vida	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP
Funcionamento físico	90	30,00	100,00	88,05	13,10
Limitação papéis por problemas físicos	90	00,00	100,00	77,50	34,36
Dor corporal	90	11,11	100,00	74,32	21,56
Percepção geral da saúde	90	25,00	95,00	66,11	15,77
Vitalidade	90	10,00	80,00	55,33	13,25
Funcionamento social	90	25,00	100,00	76,80	18,41
Limitação papéis por problemas emocionais	90	00,00	100,00	82,96	30,49
Saúde mental	90	32,00	92,00	66,71	14,06
Alterações na saúde	90	00,00	100,00	49,72	14,26

Apesar das reservas colocadas relativamente à legitimidade de análises comparativas com outros estudos com perspectivas metodológicas, populações e objectivos diferentes, entendemos que seria interessante referir que o estudo realizado não corrobora as conclusões obtidas na maioria de estudos citados por Brito (2002), em que Morris *et al* (1988), Nolan e Grant (1989), Huckle (1994), Wagner *et al* (1997) e Brodaty (1999), referem que, é na área da saúde mental que os efeitos nefastos da prestação de cuidados mais se fazem sentir, com níveis de depressão e ansiedade superiores ao padrão normal. Efectivamente, os valores da dimensão saúde mental situam-se em 66,71.

Os dados obtidos divergem, também, bastante dos que foram obtidos por Brito (2002), relativamente à qualidade de vida de prestadores de cuidados a familiares idosos. Nesta população observou percentagens mais baixas em quase todas as dimensões e inferiores a 50% para dor corporal (43,85%), percepção geral da saúde (40,36%), vitalidade (39,87%) e saúde mental (48,97%).

Estes dados reforçam a nossa convicção de que, globalmente, no nosso estudo, os dados obtidos são francamente positivos relativamente à maioria das dimensões da

qualidade de vida, mas não devemos desvalorizar ou ignorar os resultados relativamente baixos obtidos nas alterações na saúde, na vitalidade e mesmo na percepção geral da saúde. É que estes resultados baixos traduzem-se em problemas para o desenvolvimento do trabalho ou outras actividades quotidianas como consequência do estado de saúde físico, podendo indiciar a necessidade de redução da quantidade de trabalho por dificuldade na realização de tarefas.

Estes dados justificam alguma reflexão, na medida em que, sabemos que não existe implementado na Instituição onde foi desenvolvido o estudo, qualquer sistema de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros nem serviço de saúde ocupacional. Assim, este resultado merece alguma atenção, porque, como referem Gifford *et al* (2002), Beaudoin e Edgar (2003), uma elevada carga de trabalho e preocupações excessivas serem, frequentemente, causas de *burnout*, descontentamento e abandono profissional.

2.4. HIPÓTESES DO ESTUDO: TESTAGEM E ANÁLISE

A formulação de hipóteses permitiu-nos inter-relacionar as variáveis que entendemos serem importantes para aprofundar o estudo sobre a supervisão clínica e a qualidade de vida. Para que tal fosse possível foi necessário proceder a provas empíricas cujos resultados passamos a apresentar.

H1 – O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à supervisão clínica é tanto maior quanto mais elevada for a categoria profissional do supervisor e do supervisionado.

Procurámos avaliar, inicialmente, se o nível de satisfação com a supervisão clínica era diferente consoante a categoria profissional do supervisor. Para tal, aplicamos o teste de Kruskal-Wallis em virtude de termos três grupos.

Como se pode constatar pelo quadro seguinte, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$); ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese

experimental não é aceite mas sim a hipótese nula. Isto permite-nos referir que, *não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a supervisão de acordo com a categoria profissional do supervisor.*

Quadro 26: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a supervisão clínica consoante a categoria profissional do supervisor das práticas profissionais.

Supervisão	Categoria do supervisor	N	Média	Mediana	DP	χ^2	P
Satisfação global	Enfermeiro Especialista	11	105,00	117,00	23,13	4,475	0,107
	Enfermeiro Chefe	72	112,91	113,00	16,05		
	Outro	7	95,85	93,00	23,54		
APP	Enfermeiro Especialista	11	53,72	56,00	10,95	4,973	0,083
	Enfermeiro Chefe	72	57,18	58,00	6,73		
	Outro	7	49,85	51,00	10,05		
AP	Enfermeiro Especialista	11	41,81	46,00	11,63	4,616	0,099
	Enfermeiro Chefe	72	46,13	49,00	9,40		
	Outro	7	37,42	38,00	12,83		
CCS	Enfermeiro Especialista	11	9,45	10,00	1,29	2,785	0,248
	Enfermeiro Chefe	72	9,59	10,00	1,57		
	Outro	7	8,57	9,00	1,71		

Comparamos o nível da satisfação dos enfermeiros com a supervisão clínica consoante a categoria profissional do supervisionado. A análise dos resultados apresentados no quadro 27, revela que, *o nível de satisfação com a supervisão clínica é em média mais alta nos enfermeiros do que nas outras categorias* (com excepção do factor condicionantes do contexto supervisiivo - CCS). Podemos, ainda, observar que a pontuação média é mais baixa para os enfermeiros chefes, o que revela que, *existe uma menor satisfação com a supervisão nos gestores das unidades, apontados maioritariamente como supervisores das práticas profissionais.*

Pensamos ser necessário facultar um esclarecimento adicional, relativo à carreira dos profissionais de enfermagem para permitir compreender cabalmente as conclusões obtidas. A carreira de enfermagem compreende diversas categorias profissionais: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor. Assim, quando afirmamos que, o nível de satisfação com a supervisão clínica é

em média mais alta nos “enfermeiros” do que nas outras categorias, o termo “enfermeiros”, refere-se à categoria profissional mais baixa contemplada na carreira de enfermagem, ou seja, a categoria onde os enfermeiros são integrados quando iniciam a actividade profissional.

A aplicação do teste estatístico adequado (Kruskal-Wallis) revelou que existem diferenças significativas entre a categoria profissional do supervisionado ($p \leq 0,05$); ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental é aceite e não a hipótese nula. Isto permite-nos referir que *existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação global com a supervisão consoante a categoria do enfermeiro supervisionado*.

De salientar que, *as diferenças encontradas também têm significado estatístico ao nível do factor acompanhamento pessoal e profissional – APP e do factor condicionantes do contexto supervisão – CCS*.

Quadro 27: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a supervisão clínica consoante a categoria profissional dos supervisionados.

Supervisão	Categoria dos supervisionados	N	Média	Mediana	DP	χ^2	p
Satisfação global	Enfermeiro	25	117,12	118,00	12,17	8,25	0,041*
	Enfermeiro Graduado	49	108,73	112,00	19,31		
	Enfermeiro Especialista	11	114,09	113,00	13,56		
	Enfermeiro Chefe	5	89,00	90,00	23,52		
APP	Enfermeiro	25	59,28	60,00	4,55	8,910	0,031*
	Enfermeiro Graduado	49	55,06	55,00	8,59		
	Enfermeiro Especialista	11	58,18	58,00	4,70		
	Enfermeiro Chefe	5	47,40	47,00	10,62		
AP	Enfermeiro	25	48,12	50,00	7,64	6,377	0,095
	Enfermeiro Graduado	49	44,28	48,00	10,60		
	Enfermeiro Especialista	11	45,63	48,00	9,21		
	Enfermeiro Chefe	5	33,80	34,00	12,96		
CCS	Enfermeiro	25	9,72	10,00	1,45	10,844	0,013*
	Enfermeiro Graduado	49	9,38	10,00	1,59		
	Enfermeiro Especialista	11	10,27	11,00	1,19		
	Enfermeiro Chefe	5	7,80	8,00	1,30		

* Estatisticamente significativo

Atendendo a que, tendencialmente, os enfermeiros chefes apresentam níveis de satisfação com a supervisão das práticas mais baixos, poderemos analisar as condicionantes organizacionais e tentar perceber se poderão ter influenciado estes resultados. Na instituição em análise, à semelhança de todas as outras que integram o Sistema Nacional de Saúde, existe um claro predomínio de práticas administrativas hierárquicas verticais, com pequeno espaço de manobra para a descentralização de tarefas e responsabilidades administrativas nos enfermeiros, valorizando-se mais a vertente técnica e a formação profissional.

Thomas e Reid (1995) adiantam algumas dificuldades na operacionalização da supervisão clínica e que podem contribuir para explicar os resultados obtidos: a falta de uma estrutura de supervisão, que impede os supervisados de perceber o papel do supervisor clínico; em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é frequentemente desvalorizada ou, simplesmente, desprezada.

Por outro lado, o impacto das políticas na área da saúde incide grandemente nos gestores dos serviços e num período de grandes reformas na política de saúde, visando a contenção dos custos administrativos e valorizando mais a vertente técnica e a formação profissional, o investimento prioritário não contempla a supervisão clínica em enfermagem, apesar de diversos autores, como Kohner (1994), lhe reconhecerem benefícios importantes para as organizações e serviços: melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes, melhorar desempenho de pessoal pelo desenvolvimento de responsabilidade individual e possibilitar um desenvolvimento profissional que encoraja crescimento profissional por aprendizagem experiencial.

Este estudo corrobora, em parte, um dado significativo encontrado por Munson (2002), resultante de dois estudos por ele realizados. Num estudo de 1975 com 65 supervisados a exercerem funções em diversos sectores, estes perceberam o seu nível de realização e de satisfação com a supervisão altamente correlacionado com a interação que tiveram com o supervisor. Noutro estudo, que envolveu vinte e seis orientadores de estudantes de assistência social não foi encontrada nenhuma correlação entre a quantidade de interação do orientador com os supervisados e dos orientadores com a sua própria

satisfação em ajudar os supervisados a crescerem profissionalmente, enquanto compartilham conhecimento e discutem assuntos com eles. A única variável que produziu uma correlação significativa com a interação era a sensação de obrigação para dirigir o trabalho dos supervisados. Estes resultados demonstram que os factores que produzem níveis altos de satisfação e satisfazem as necessidades principais dos supervisados causam pouca satisfação aos supervisores. Embora a maioria dos estudos revele que os supervisados estão satisfeitos com a supervisão que lhes é dispensada, os resultados destes estudos levantam algumas questões: qual o esforço que é exigido ao supervisor para que seja possível aos supervisados alcançar os elevados níveis de satisfação, referidos? Por outro lado, não é conhecido até que ponto o papel de supervisão tem impacto negativo no supervisor. Estudos complementares poderiam ajudar a explicar os motivos que levam alguns supervisores a negligências emocionais e físicas e se demitem das suas responsabilidades de supervisão. E este é, na nossa modesta opinião um interessante desafio e um campo de estudo a desenvolver.

H2 – Os enfermeiros estão mais satisfeitos com a supervisão clínica quando o supervisor é do sexo masculino.

A análise dos resultados apresentados no quadro 28, revela que o nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros é em média maior quando o supervisor é do sexo feminino. Aplicando o teste estatístico adequado verificamos que, as diferenças encontradas têm significado estatístico ($p < 0,05$), não só ao nível da supervisão clínica na totalidade mas, também, ao nível do acompanhamento pessoal e profissional (APP) e do acompanhamento das práticas (AP); ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite, mas sim, a hipótese nula. Isto, permite-nos referir que, *os enfermeiros que têm um supervisor clínico do sexo feminino estão mais satisfeitos com a supervisão clínica dos que os que têm um supervisor do sexo masculino.*

Quadro 28: Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney, do nível de satisfação com a supervisão consoante o sexo do supervisor

Supervisão	Sexo	Mediana	Média	DP	U	Z	p
Satisfação global	Masculino	102,00	100,60	20,40	408,500	-2,831	0,005*
	Feminino	113,00	113,48	16,47			
APP	Masculino	52,50	52,35	9,03	447,500	-2,456	0,014*
	Feminino	58,50	57,28	7,14			
AP	Masculino	40,50	39,35	11,27	430,00	-2,623	0,009*
	Feminino	49,00	46,52	9,33			
CCS	Masculino	9,00	8,90	1,74	516,000	-1,829	0,067
	Feminino	10,00	9,67	1,47			

* Diferença com significado estatístico.

H3 – Os enfermeiros que exercem funções nos serviços médicos (medicina, pediatria e especialidades médicas) apresentam um nível de satisfação com a supervisão clínica maior do que os enfermeiros dos serviços cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório) e outros serviços (consulta externa e urgência).

Na comparação considerámos apenas três grupos correspondentes aos serviços cirúrgicos, serviços médicos e outros, porque a sua distribuição pelos oito serviços apresentava baixa diversidade, ou seja, o número de casos não era representativo.

Pela observação do quadro 29, verificamos que o valor da média e mediana quanto ao nível de supervisão é mais elevado nos serviços de medicina.

A partir da observação de que as médias e medianas eram diferentes consoante o serviço considerado realizou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se essas diferenças eram estatisticamente significativas. Os resultados (quadro 29) mostram que, as diferenças têm significado estatístico ($p < 0,05$), não só para a globalidade da satisfação, com a supervisão clínica mas, igualmente, ao nível dos factores factor acompanhamento pessoal e

profissional – APP e acompanhamento das práticas (AP); ou seja, *os enfermeiros dos serviços médicos estão globalmente mais satisfeitos com a supervisão clínica do que os enfermeiros que trabalham nos restantes serviços.*

Quadro 29: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a supervisão clínica consoante os serviços onde exercem funções.

Supervisão	Serviços	N	Média	Mediana	DP	χ^2	p
Satisfação global	Serviços cirúrgicos	37	106,43	112,00	20,51	10,38	0,00*
	Serviços médicos	33	116,96	123,00	16,83		
	Outros	20	107,90	106,50	12,30		
APP	Serviços cirúrgicos	37	54,32	55,00	9,13	10,60	0,00*
	Serviços médicos	33	59,03	61,00	6,80		
	Outros	20	54,95	55,00	5,32		
AP	Serviços cirúrgicos	37	42,78	47,00	11,13	8,61	0,01*
	Serviços médicos	33	48,06	51,00	9,97		
	Outros	20	43,75	45,00	7,44		
CCS	Serviços cirúrgicos	37	9,32	10,00	1,63	3,80	0,14
	Serviços médicos	33	9,87	10,00	1,53		
	Outros	20	9,20	9,50	1,39		

* Diferença estatisticamente significativa

H4 – O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à supervisão clínica varia na ordem inversa da sua idade e do tempo de serviço na unidade de cuidados.

Estudámos, inicialmente, a correlação entre os valores do nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros consoante a sua idade e, verificámos pelo quadro 30, que existe uma correlação fraca, negativa entre estas duas variáveis e não significativa ($r_s = -0,193$; $p = 0,06$). De referir que ao nível do acompanhamento das práticas (factor 2) as diferenças têm significado estatístico ($p < 0,05$), em virtude das correlações serem negativas. Pode, ainda, referir-se que, *quanto mais novos são os enfermeiros mais satisfeitos estão com o acompanhamento das práticas de supervisão.*

Quadro 30: Matriz de correlação de Spearman entre o total da satisfação com a supervisão clínica e suas dimensões com a idade do enfermeiro.

Nível de satisfação com supervisão	rs	p
Total da supervisão	-0,193	0,06
F1: acompanhamento pessoal e profissional (APP)	-0,140	0,18
F2: acompanhamento das práticas (AP)	-0,212	0,04*
F3: condicionantes do contexto supervisivo (CCS)	-0,034	0,75

* Correlação significativa, $p < 0,05$

Como podemos observar no quadro 31, foram encontradas correlações negativas de fraca intensidade entre o nível de satisfação com a supervisão clínica (e suas dimensões) e o tempo de exercício profissional no serviço onde os enfermeiros exercem actualmente funções. Isto permite-nos referir que, *quanto menos tempo de serviço na unidade de cuidados mais satisfeitos estão os enfermeiros quanto à supervisão clínica mas, essas diferenças não têm significado estatístico*, em virtude do $p > 0,05$

Por estes resultados pode referir-se que a hipótese nula é aceite e rejeitada a hipótese experimental. Pelos resultados expostos pode afirmar-se que o nível de satisfação com a supervisão clínica não varia na ordem inversa do tempo de serviço nem da idade.

Quadro 31: Matriz de correlação de Spearman entre o total da satisfação com a supervisão clínica e suas dimensões com o tempo de serviço na unidade de cuidados.

Nível de satisfação com supervisão	rs	p
Total da supervisão	-0,110	0,301
F1: acompanhamento pessoal e profissional (APP)	-0,079	0,458
F2: acompanhamento das práticas (AP)	-0,085	0,424
F3: condicionantes do contexto supervisivo (CCS)	-0,174	0,101

H5 – Os enfermeiros que trabalham apenas de manhã apresentam um nível de satisfação com a supervisão clínica maior do que os enfermeiros que trabalham em outros tipos de horário (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites).

Na comparação utilizámos os três tipos de horário (manhãs, manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites) por serem os praticados na instituição onde os inquiridos trabalham. Pelos resultados apresentados (quadro 32), podemos referir que, os enfermeiros que trabalham no horário de manhã, tarde e noite estão em média mais satisfeitos com a supervisão clínica.

Quadro 32: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a supervisão clínica consoante o tipo de horário praticado.

Supervisão	Tipo de horário praticado	N	Média	Mediana	DP	χ^2	p
Satisfação global	Manhãs	25	107,76	106,00	20,59	1,28	0,525
	Manhãs e tardes	5	103,83	109,00	24,90		
	Manhãs, tardes e noites	59	112,52	115,00	16,21		
APP	Manhãs	25	55,44	56,00	8,60	0,607	0,738
	Manhãs e tardes	5	55,83	54,00	10,41		
	Manhãs, tardes e noites	59	56,74	58,00	7,26		
AP	Manhãs	25	42,84	41,00	11,76	1,59	0,451
	Manhãs e tardes	5	41,00	44,00	13,14		
	Manhãs, tardes e noites	59	46,22	49,00	9,04		
CCS	Manhãs	25	9,48	9,00	1,38	0,121	0,941
	Manhãs e tardes	5	9,0	10,00	2,75		
	Manhãs, tardes e noites	59	9,55	10,00	1,50		

Ao aplicarmos o teste estatístico de Kruskal-Wallis, verificamos que, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$). Isto, permite-nos referir que, *não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a supervisão consoante o tipo de horário praticado pelos enfermeiros supervisionado*, ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite mas sim a hipótese nula.

H6 – Os enfermeiros que se encontram a frequentar cursos de formação estão mais satisfeitos com a supervisão clínica.

A análise dos resultados apresentados no quadro 33, revela que, *o nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros é em média maior quando estes não se encontram a realizar um curso*. Mas, pela aplicação do teste estatístico, verifica-se que, *as diferenças encontradas não têm significado estatístico* ($p > 0,05$), isto é, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite mas sim a hipótese nula não só ao nível da satisfação global com a supervisão clínica como, também, ao nível das suas três dimensões.

Quadro 33: Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney, do nível de satisfação com a supervisão consoante a frequência de cursos

Supervisão	Frequência curso	Mediana	Média	DP	U	Z	P
Satisfação global	Sim	110,50	106,45	20,80	408,500	-1,141	0,25
	Não	116,00	11,97	17,11			
APP	Sim	55,50	54,72	8,69	637,500	-1,040	0,29
	Não	58,00	56,66	7,53			
AP	Sim	43,00	42,40	11,54	634,000	-1,072	0,284
	Não	49,00	45,75	9,65			
CCS	Sim	9,00	9,31	1,75	669,000	-0,760	0,44
	Não	10,00	9,55	1,50			

Cimete *et al* (2003) nos estudos que realizaram sobre a satisfação profissional dos enfermeiros e a qualidade de vida em dois hospitais universitários de Istambul, englobando 501 enfermeiros, sugeriam que seria de esperar que a satisfação profissional aumentasse conforme o nível de formação, porque os enfermeiros com um nível de

formação mais elevado poderiam utilizar uma visão holística e uma aproximação humanística, e assim, aumentar a dimensão dos cuidados prestados aos clientes. Esses factores poderiam ter um efeito positivo na motivação e satisfação profissional.

Porém, no nosso estudo, a satisfação com a supervisão clínica, à semelhança dos que aconteceu com Cimete *et al* (2003), relativamente à satisfação profissional dos enfermeiros, o nível de formação não influenciou os resultados obtidos e poderemos concluir, que os enfermeiros que se encontram a frequentar cursos de formação não estão mais satisfeitos com a supervisão clínica que os que não estão a frequentar qualquer curso de formação.

H7 – O índice de qualidade de vida é maior nos enfermeiros do sexo feminino.

Verificámos, como se pode constatar no quadro 34, que os elementos do sexo feminino apresentam valores médios mais baixos de qualidade de vida do que os do sexo masculino, com excepção da percepção geral da saúde.

Como se pode verificar (quadro 34), as diferenças encontradas têm significado estatístico ($p \leq 0,05$), *ao nível do funcionamento físico, funcionamento social, saúde mental e vitalidade*, o que não acontece nas restantes, ou seja, para as dimensões apontadas *os homens apresentam melhor qualidade de vida do que as mulheres*, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 34: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney da qualidade de vida consoante o sexo do enfermeiro

Qualidade de vida	Sexo	Mediana	Média	DP	U	Z	p
Funcionamento Físico	Masculino	95,00	90,89	12,98	629,00	-2,121	0,034*
	Feminino	90,00	86,77	13,06			
Limitação Papéis Por Problemas Físicos	Masculino	100,00	79,46	36,67	771,00	-0,966	0,334
	Feminino	100,00	76,61	33,53			

Dor Corporal	Masculino	88,88	79,36	21,32	681,50	-1,650	0,099
	Feminino	77,77	72,04	21,45			
Percepção Geral da Saúde	Masculino	65,00	64,82	15,30	809,00	-0,517	0,605
	Feminino	70,00	66,69	16,06			
Vitalidade	Masculino	65,00	61,42	13,39	476,50	-3,446	0,001*
	Feminino	55,00	52,58	12,33			
Funcionamento Social	Masculino	87,50	83,48	18,01	598,00	-2,402	0,016*
	Feminino	75,00	73,79	17,92			
Saúde Mental	Masculino	76,00	72,42	14,12	536,50	-2,905	0,004*
	Feminino	68,00	64,12	13,35			
Limitação Papéis Por Problemas Emocionais	Masculino	100,00	89,28	27,29	714,00	-1,704	0,088
	Feminino	100,00	80,10	31,62			

* Diferença estatisticamente significativa

H8 – Os enfermeiros que exercem funções nos serviços médicos (medicina, pediatria e especialidades médicas) apresentam uma melhor qualidade de vida que os enfermeiros dos serviços cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório) e outros serviços (consulta externa e urgência).

Ao analisarmos os resultados apresentados no quadro 35, verificamos que, em média, *os enfermeiros que trabalham nos serviços classificados como outros (consulta externa e urgência), apresentam melhor qualidade de vida. No entanto, apenas ao nível do funcionamento físico, saúde mental e limitação dos papéis por problemas emocionais essas diferenças têm significado estatístico*, podendo referir-se que *os enfermeiros que trabalham nos serviços médicos não têm melhor qualidade de vida que os que trabalham nos serviços cirúrgicos e outros.*

Quadro 35: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível da qualidade de vida consoante o serviço onde exercem funções

Qualidade de vida	Serviços	N	Mediana	Média	DP	χ^2	p
Funcionamento Físico	Serviços cirúrgicos	37	85,00	84,86	12,38	9,01	0,01*
	Serviços médicos	33	90,00	88,03	15,50		
	Outros	20	95,00	94,00	7,18		
Limitação Papéis Por Problemas Físicos	Serviços cirúrgicos	37	100,00	80,40	33,91	5,15	0,76
	Serviços médicos	33	75,00	67,42	38,26		
	Outros	20	100,00	88,75	23,61		
Dor Corporal	Serviços cirúrgicos	37	77,77	74,77	22,66	3,11	0,21
	Serviços médicos	33	66,66	70,033	22,64		
	Outros	20	83,33	81,11	16,16		
Percepção Geral da Saúde	Serviços cirúrgicos	37	65,00	65,67	16,37	1,25	0,53
	Serviços médicos	33	65,00	64,39	16,42		
	Outros	20	72,50	69,75	13,52		
Vitalidade	Serviços cirúrgicos	37	55,00	54,59	14,35	6,40	0,41
	Serviços médicos	33	64,00	62,78	13,24		
	Outros	20	76,00	72,80	12,95		
Funcionamento Social	Serviços cirúrgicos	37	75,00	78,37	18,55	3,16	0,20
	Serviços médicos	33	75,00	72,34	22,64		
	Outros	20	83,33	81,11	16,96		
Saúde Mental	Serviços cirúrgicos	37	68,00	66,91	14,47	7,55	0,02*
	Serviços médicos	33	64,00	62,78	13,24		
	Outros	20	76,00	72,800	12,95		
Limitação Papéis Por Problemas Emocionais	Serviços cirúrgicos	37	100,00	86,00	28,82	5,765	0,05*
	Serviços médicos	33	100,00	73,73	35,11		
	Outros	20	100,00	91,66	21,28		

* Diferença estatisticamente significativa

Estes dados não são surpreendentes. Na verdade, reforçam uma ideia quase generalizada entre os profissionais de saúde de que os serviços médicos são mais exigentes ao nível físico e mental. Martine Maggi (1996), citada por Hesbeen (2001: 92), refere que:

“o sofrimento dos prestadores de cuidados faz parte do cuidar, que é o encontro entre pessoas que partilham determinadas experiências da vida, frequentemente difíceis. Esse sofrimento não se resolve com melhorias de

planos de cuidados nem, tão pouco, com salários mais elevados; pior, estas soluções são a sua negação e a confirmação de impotência. Ser prestador de cuidados é poder partilhar estes problemas da vida e da morte”.

É evidente que o sofrimento e a morte estão mais presentes nos serviços médicos, que apresentam taxas de mortalidade entre 12 e 14% e os enfermeiros não estão imunes nem são indiferentes a esta situação.

Por outro lado, Martins (1994), num documento de estudo do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, numa abordagem sobre cálculos de pessoal de enfermagem, atribuiu um mínimo de 2,80 horas de cuidados por doente e por dia para doentes em serviços de medicina e, ainda mais elevados nos serviços de pediatria que eram de 2,97. Inversamente, este departamento estatal, para os serviços de cirurgia e ortopedia aconselhava 2,40 horas.

Também, um sistema mais fidedigno e fiável, o sistema de classificação de doentes por grau de dependência, permitiu a Veiga (1989), dois anos após a implementação em Portugal, verificar que a média de horas necessárias por doente e por dia em serviços de medicina era de 4,1 horas, bastante superior à média necessária em serviços de cirurgia que era de 3,2 horas.

Um estudo realizado com enfermeiros por Carapinheiro e Lopes (1997), permitiu-lhes concluir que são os serviços de medicina que apresentam uma maior expressão percentual de situações de risco laboral (86,7%) e, inversamente, são os enfermeiros dos serviços de cirurgia e ortopedia que assumem menores índices de risco com 54,3% e 66,7% respectivamente. De acordo com o mesmo estudo, são os serviços de medicina que registam a percentagem mais elevada de pedidos de transferência entre os enfermeiros (35%), agravado com o facto de nunca serem referidos como escolha para colocação. Os serviços de medicina, segundo Carapinheiro e Lopes (1997: 70), são “claramente categorizáveis como *serviços preteridos* nas opções de mobilidade dos enfermeiros”.

Estes dados confirmam o nível de exigência dos serviços médicos e apontam um dado interessante que merece reflexão. Na verdade, os colegas inquiridos no estudo de Carapinheiro e Lopes (1997), que referiram stresse e excesso de trabalho (6,2% dos inquiridos) apontam, como sendo necessário ser-lhes facultada interajuda (75%) e humanização no trabalho os restantes 25%.

Também Munson (2002), através das pesquisas sobre o stress nos locais de trabalho tem demonstrado repetidamente que a supervisão efectiva é um antídoto poderoso a que se deve dar ênfase. Daí, entendermos que, deveria ser dada atenção e introduzir e estimular as práticas de supervisão nas organizações. Os gestores raramente associam a prevenção de stress à supervisão, mas como lembra Munson (2002), é necessário dar mais atenção a esta função da supervisão como forma de aliviar o excesso tensão, ou *burnout*, que se torna um problema crescente para os profissionais e supervisores.

H9 – A qualidade de vida dos enfermeiros varia na ordem inversa da sua idade e do tempo de serviço na unidade de cuidados.

Como se pode observar no quadro 36, em quatro dos conceitos, nomeadamente, limitação dos papéis por problemas emocionais, funcionamento físico, percepção geral da saúde e saúde mental, foram encontradas correlações de moderada intensidade e estatisticamente significativas com a idade dos enfermeiros.

Pode, ainda, afirmar-se que, *quanto mais velhos os enfermeiros, melhor a qualidade ao nível da saúde mental e da limitação dos papéis por problemas emocionais (correlação positiva) e pior qualidade de vida ao nível do funcionamento físico, percepção geral da saúde (correlação negativa).*

Nos restantes conceitos da qualidade de vida não se observaram correlações significativas.

Quadro 36: Matriz de correlação de Spearman entre a qualidade de vida e a idade dos enfermeiros

Qualidade de vida	rs	p
Funcionamento físico	-0,285	0,006*
Limitação papéis por problemas físicos	-0,054	0,612
Dor corporal	-0,056	0,603
Percepção geral da saúde	-0,249	0,018*
Vitalidade	0,139	0,191
Funcionamento social	0,050	0,637
Limitação papéis por problemas emocionais	0,224	0,034*
Saúde mental	0,247	0,019*

* Diferenças estatisticamente significativas

Cimete *et al* (2003), realizaram um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros e a qualidade de vida em dois hospitais universitários de Istambul, que englobou 501 enfermeiros, tendo utilizado para o efeito dois instrumentos diferentes dos utilizados no nosso estudo. A satisfação profissional foi avaliada pela aplicação do *Short Form Minnesota Questionnaire* e a qualidade de vida através do *World Health Organization Quality of Life*.

Não podendo, nem querendo comparar ou extrapolar as conclusões obtidas, por Cimete *et al* (2003), gostaríamos de registar que os seus estudos lhes permitiram concluir que o aumento do índice de qualidade de vida estava relacionado positivamente, entre outros aspectos, com o aumento em idade e o tempo de exercício profissional, o que corrobora as conclusões por nós obtidas.

Uma possível explicação para o facto da satisfação profissional aumentar com idade, poderá ser atribuída ao facto das expectativas do indivíduo e metas ficarem mais realísticas como a experiência e o amadurecimento profissional.

Procedemos, seguidamente, ao estudo da correlação entre a qualidade de vida dos enfermeiros e o tempo de serviço na unidade de cuidados e, como se pode observar no quadro 37, foram encontradas correlações positivas (em quase todas as dimensões da qualidade de vida) de fraca intensidade e não estatisticamente significativas, entre a qualidade de vida dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional no serviço onde os enfermeiros exercem actualmente funções.

Através destes resultados podemos referir que a hipótese nula é aceite e rejeitada a hipótese experimental, pelos resultados expostos pode afirmar-se que, *a qualidade de vida dos enfermeiros não varia na ordem inversa do tempo de serviço na unidade de cuidados*.

Quadro 37: Matriz de correlação de Spearman entre a qualidade de vida dos enfermeiros e o tempo de serviço na unidade de cuidados

Qualidade de vida	rs	p
Funcionamento físico	-0,061	0,56
Limitação papeis por problemas físicos	0,051	0,631
Dor corporal	0,105	0,326
Percepção geral da saúde	-0,192	0,070
Vitalidade	0,053	0,617
Funcionamento social	0,122	0,252
Limitação papeis por problemas emocionais	0,106	0,318
Saúde mental	0,137	0,197

H10 – Os enfermeiros que trabalham apenas de manhã apresentam uma melhor qualidade de vida que os enfermeiros que trabalham em outros tipos de horário (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites).

Ao analisarmos os resultados (quadro 38), poderemos constatar que, *os enfermeiros que trabalham nos períodos de manhãs e tardes, em média apresentam uma melhor qualidade de vida.*

A fim de verificarmos se as diferenças têm significado aplicamos o teste estatístico adequado (Kruskal-Wallis em virtude de termos três grupos) e, como se pode constatar pelo quadro seguinte, *as diferenças encontradas têm significado estatístico ($p \leq 0,05$) apenas ao nível do funcionamento físico ($\chi^2 = 6,12$; $p < 0,04$), o que não acontece nas restantes.*

Se, como afirma D'Espiney (1997), a prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho e se no seu estudo concluiu que no esquema funcional do trabalho por turnos, que implica muito trabalho por tarefas que se verifica grande dificuldade dos enfermeiros aplicarem na praxis quotidiana, os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados, este aspecto deve merecer toda a nossa atenção. Se pensarmos que “a melhoria da qualidade do trabalho dos enfermeiros implica uma estrutura organizativa diferente, uma vez que o trabalho, centrado na tarefa, favorece a

repetição e a rotina” (D’Éspiney, 1997: 176), a solução poderá passar por se equacionar uma nova organização de horários e metodologias de trabalho.

Quadro 38: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível da qualidade de vida consoante o tipo de horário praticado.

Qualidade de vida	Horário praticado	N	Mediana	Média	DP	χ^2	p
Funcionamento Físico	Manhãs	25	85,00	84,80	12,28	6,12	0,04*
	Manhãs e tardes	6	85,00	85,83	11,14		
	Manhãs, tardes e noites	59	95,00	89,66	13,51		
Limitação Papéis Por Problemas Físicos	Manhãs	25	100,00	81,00	7,92	1,139	0,56
	Manhãs e tardes	6	100,00	83,33	10,20		
	Manhãs, tardes e noites	59	100,00	75,42	31,68		
Dor Corporal	Manhãs	25	77,77	73,33	40,82	2,26	0,25
	Manhãs e tardes	6	100,00	83,33	35,20		
	Manhãs, tardes e noites	59	77,77	73,82	21,61		
Percepção Geral da Saúde	Manhãs	25	60,00	63,00	14,28	4,254	0,11
	Manhãs e tardes	6	77,50	78,33	15,38		
	Manhãs, tardes e noites	59	70,00	66,18	16,03		
Vitalidade	Manhãs	25	50,00	53,20	14,92	2,23	0,32
	Manhãs e tardes	6	62,50	62,50	8,21		
	Manhãs, tardes e noites	59	60,00	55,50	12,82		
Funcionamento Social	Manhãs	25	75,00	75,00	19,09	3,341	0,18
	Manhãs e tardes	6	100,00	89,58	16,61		
	Manhãs, tardes e noites	59	75,00	76,27	18,08		
Saúde Mental	Manhãs	25	68,00	67,04	12,61	4,093	0,12
	Manhãs e tardes	6	76,00	77,33	7,44		
	Manhãs, tardes e noites	59	68,00	65,49	14,81		
Limitação Papéis Por Problemas Emocionais	Manhãs	25	100,00	82,66	33,49	0,476	0,78
	Manhãs e tardes	6	100,00	88,88	27,21		
	Manhãs, tardes e noites	59	100,00	82,48	29,91		

No entanto e, relativamente, à qualidade de vida dos profissionais de enfermagem os dados obtidos não confirmam que o trabalho por turnos tenha implicações ao nível de funcionamento da personalidade (reações emotivas, irritabilidade, aborrecimento, nervosismo e alterações de humor), referidas por Bruusgaard, (1949); Barhad e Pafnote (1969) In Cruz e Silva (1995); Azevedo (1980) e Silva (1994). Os resultados obtidos não permitem, igualmente, afirmar que o trabalho por turnos acarreta perturbações da vida social e familiar como referem Minors e Waterhouse (1981), Silva (1994) e Arco (2001).

Mesmo atendendo ao facto do trabalho nocturno produzir uma dessincronização nos ritmos circadianos, incluindo, obviamente o ritmo de sono vigília, com reflexos negativos na duração, qualidade do sono e funcionamento físico, não deverá ser este o

factor preponderante na diferença significativamente estatística encontradas ao nível do funcionamento físico, inclinando-nos antes para a sobrecarga física nos turnos da manhã, em que a média apresentada é mais baixa.

3. CONCLUSÕES

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento pessoal e profissional, entre um enfermeiro que exerce práticas clínicas de enfermagem e um supervisor clínico. É um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. O acompanhamento profissional permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas.

Os supervisores clínicos, são profissionais mais experientes, que após terem sido submetidos a programas de formação específicos têm a responsabilidade de supervisionar outros membros da equipe, trabalhando competentemente, assegurando-se assim que toda a equipe nos diferentes níveis tenha a oportunidade de receber a supervisão clínica.

Por outro lado, a qualidade de vida está na ordem do dia e é uma preocupação crescente e muito actual, diríamos mesmo, que de primordial importância para os profissionais de saúde, existindo uma convicção profunda de que a manutenção e promoção da saúde, bem como, a qualidade de vida dos enfermeiros tem reflexos no bem-estar dos doentes a quem prestam cuidados.

Estudos recentes sobre qualidade de vida realizados por diversos autores: Morais (1999), Morais (2000), Brito (2002) e Cimete *et al* (2003), entre outros, sensibilizaram-nos para a importância de trabalhos que dessem visibilidade a esta problemática no seio da enfermagem e que aprofundassem as nossas convicções sobre a qualidade de vida dos enfermeiros.

Enquanto enfermeiro gestor, com funções e responsabilidades institucionais ao nível da gestão de recursos humanos e no âmbito do processo de acreditação em qualidade organizacional do HDA, entendemos ser esta uma óptima possibilidade de sensibilizar e divulgar a supervisão clínica em enfermagem, por constituir uma perspectiva de desenvolvimento organizacional aliciante, atendendo aos benefícios que pode trazer para o desenvolvimento dos profissionais e para a qualificação e produtividade da organização. E,

isso constitui um foco de interesse inalienável e estimulante para qualquer gestor e um desafio para a realização deste estudo.

Numa primeira análise final do estudo da “*Supervisão Clínica em Enfermagem e da Qualidade de Vida dos Enfermeiros*”, realizado no decurso do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, reconhecemos-lhe alguns méritos e avanços para a compreensão da área em estudo mas, também, algumas limitações.

Por um lado, consideramos ser relevante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros colaboradores a divulgação de novas perspectivas de acompanhamento de práticas, sensibilizando-os para novos paradigmas emergentes e abrindo-lhes novos horizontes de reflexão, ao mesmo tempo que lhe é feito sentir claramente que estas novas abordagens têm em consideração uma perspectiva holística do enfermeiro, como ser humano global, em que a sua qualidade de vida é importante para os supervisores e para as organizações.

Ao nível institucional, importa realçar a colaboração incondicional dos membros do Conselho de Administração. Este aspecto assume particular importância, dado que a implementação de um processo de supervisão clínica em enfermagem, deve ser feita no local onde as necessidades são detectadas, privilegiando os recursos humanos existentes, proporcionando-lhes informação e os subsídios entendidos como necessários. No momento actual, a supervisão clínica em enfermagem, com as finalidades próprias e específicas de suporte que a caracterizam, assume-se como enorme desafio ao desenvolvimento das organizações e aos recursos humanos, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Esta conclusão, que abordará os dados mais relevantes do estudo irá ser desenvolvida em diversas áreas de estudo fundamentais: a caracterização da população, a supervisão das práticas profissionais e a qualidade de vida dos enfermeiros, perspectivas de trabalhos futuros e perspectivas da implementação da supervisão clínica em enfermagem.

Caracterização sócio-profissional da população inquirida

O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário a 90 enfermeiros do HDA, 31,1% do sexo masculino e 68,9% do sexo feminino. Apresentaram uma média de

idades de 34,91 anos, são maioritariamente casados (71,1%) e 63,3% têm filhos. Destes, 52,63% têm dois filhos, 36,84% têm um filho e 10,53% têm três filhos.

Relativamente à formação profissional, 83,3% possui o curso superior de enfermagem e apenas 16,7% possui uma especialização em enfermagem. Quanto à categoria profissional, 54,4% são enfermeiros graduados, 27,8% são enfermeiros, 12,2% especialistas e 5,6% enfermeiros chefes.

Por outro lado, 87,8% estão vinculados à instituição como funcionários ou agentes, 10% são contratados e 2,2% estão em regime de prestação de serviços. Maioritariamente (65,55%), trabalham em horários rotativos (manhãs, tardes e noites) e, 27,78% em turnos exclusivamente de manhãs.

Supervisão clínica

Um primeiro aspecto que nos merece alguns comentários, refere-se ao instrumentos utilizado para avaliar a satisfação com a supervisão clínica. Ao iniciarmos esta pesquisa constatámos a inexistência de instrumentos que avaliassem o índice de satisfação com a supervisão das suas práticas profissionais dos enfermeiros, validados para o contexto nacional. Daí que, uma das primeiras preocupações consistiu na selecção de um instrumento de trabalho acessível, fiável e de fácil preenchimento. Após análise de alguns instrumentos, pensamos que o SFSSQ – *Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire*, reunia essas características e seria adequado, tendo encetado a sua tradução, adaptação e validação para a população portuguesa. Pensamos que conseguimos dar um passo útil e importante ao conseguirmos disponibilizar uma ferramenta de trabalho para outros colegas ou profissionais de saúde com interesse nesta área.

A versão produzida no âmbito deste estudo revelou-se muito satisfatória, no entanto, estamos convictos que estudos complementares mais aprofundados de adaptação cultural e contextual, poderá conferir uma maior qualidade ao instrumento.

Mas, não podemos olvidar que é uma área inovadora e emergente, o que confere um elevado grau de dificuldade ao investigador na tentativa de simplificar e tornar acessível o instrumento, sem o desvirtuar ou reduzir a fiabilidade.

A supervisão das práticas profissionais, na amostra estudada, é realizada predominantemente pelos enfermeiros chefes, referenciados em 80% das situações. Se, este dado nos permite concluir que a supervisão das práticas é um processo eminentemente hierárquico e administrativo, por outro lado, permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a supervisão de acordo com a categoria profissional do supervisor clínico, seja ele enfermeiro chefe, enfermeiro especialista ou outro, a realizar a supervisão das práticas clínicas.

O nível de satisfação com a supervisão clínica é, em média, mais alto nos enfermeiros, que é categoria profissional mais baixa da carreira de enfermagem, correspondente ao início da actividade profissional, do que nas outras categorias (com excepção factor condicionantes do contexto supervensivo - CCS). Outro dado interessante, corresponde ao facto da pontuação média mais baixa pertencer aos enfermeiros chefes. Isto permite-nos referir que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a supervisão consoante a categoria do enfermeiro supervisionado. É de salientar que as diferenças encontradas também têm significado estatístico ao nível do factor Acompanhamento Pessoal e Profissional – APP e do factor Condicionantes do Contexto Supervensivo – CCS.

Quanto ao sexo do responsável pela supervisão das práticas clínicas, 77,80% são do sexo feminino e 22,20% do sexo masculino. A análise dos resultados apresentados revela que o nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros é em média maior quando o supervisor é do sexo feminino

Outros dados relevantes encontrados e já amplamente discutidos:

- a) Os enfermeiros dos serviços médicos (medicina, especialidades médicas e pediatria), estão globalmente mais satisfeitos com a supervisão clínica do que os enfermeiros que trabalham nos restantes serviços.
- b) Quanto mais novos são os enfermeiros mais satisfeitos estão com o acompanhamento das práticas de supervisão.
- c) Os enfermeiros com menos tempo de serviço nas unidades de cuidados estão mais satisfeitos com a supervisão clínica. No entanto, as diferenças não têm significado estatístico, podendo afirmar-se, que o nível de satisfação com a

supervisão clínica não varia na ordem inversa do tempo de serviço nem da idade do enfermeiro.

- d) Não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a supervisão, consoante o tipo de horário praticado pelos enfermeiros supervisionados.
- e) O nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros é em média maior quando estes não se encontram a realizar um curso mas, as diferenças encontradas não têm significado estatístico
- f) Os enfermeiros apresentam, em média, um valor mais elevado de satisfação com a supervisão, do que os enfermeiros com outras categorias profissionais.

Outro dado fundamental a reter deste estudo é o facto dos supervisionados avaliarem muito favoravelmente a qualidade da supervisão realizada pelos supervisores das respectivas práticas profissionais. Os supervisionados auto-avaliam, também, muito favoravelmente a sua qualidade profissional e, consequentemente, as suas práticas.

Este sentimento é reforçado pelo facto de 82,2% dos inquiridos considerarem que a supervisão contribuiu para a sua eficiência e eficácia profissional, referindo como contributos fundamentais por ordem decrescente: orientação profissional, reflexão sobre práticas e orientação, motivação para actualização profissional, análise crítica construtiva o supervisor como referência e exemplo profissional, conhecimentos científicos profissionais, reforços positivos e contribuição para autonomia e segurança.

Referiram, também, uma grande diversidade de aspectos importantes no processo supervisivo, como sejam: a orientação profissional, relações interpessoais/interajuda, comunicação, motivação, liderança, avaliação de práticas profissionais, disponibilidade para ouvir, competência profissional, etc.

As características que os supervisionados mais apreciam nos seus supervisores são: a competência profissional, a organização, a capacidade de liderança e gestão de conflitos, a imparcialidade, o dinamismo e espírito de equipa, mas também, a disponibilidade para estar com os colegas e ouvir, a capacidade de diálogo, a compreensão e a simpatia.

Por outro lado, não apreciam que os seus supervisores sejam demasiado flexíveis ou permissivos, desorganizados, revelem pouca capacidade de liderança e baixo nível de

exigência. Menos referidos mas, também pouco apreciados pelos supervisados é a falta de diálogo, a parcialidade na avaliação, a incapacidade para gerir conflitos e supervisionar, a incompetência técnica e a falta de objectividade.

Qualidade de vida dos enfermeiros

Sobre as representações dos enfermeiros relativamente ao seu estado de saúde, concluímos que, 82,22% não referem qualquer doença, 56,3% toma medicação sob orientação médica e, destes, 2,3% tomam medicamentos mas, declaram não sofrer de qualquer doença. É, também, significativo que 43,7% dos inquiridos que referiram sofrer de doença não façam qualquer tipo de medicação.

Quanto ao tipo de doenças referidas a asma com 25% é a mais frequente seguida da sinusite com 18,75% e hipertensão arterial por 12,5%. Existe, ainda um leque variado de patologias, como sejam, rinite alérgica, artrite reumatóide, condrocalcinose, patologia da tiróide, úlcera duodenal, artrose do ombro e bronquite, todas com representando 6,25% do total da amostra.

No grupo dos inquiridos que referiram ter uma doença a média de dias de absentismo situa-se à volta dos 0,68, para um desvio padrão de 1,25, ou seja, existe uma grande variabilidade em torno da média. No outro grupo, dos que referiram não ter doença, verificámos que, em média, estiveram doentes cerca de 0,44 dias para um desvio padrão de 1,59.

Quanto aos dias de ausência ao trabalho é de referir que o grupo que não referenciou doenças faltou mais ao trabalho do que aqueles que afirmaram ter doenças.

Verificámos que elementos do sexo feminino apresentam valores médios mais baixos de qualidade de vida do que os do sexo masculino, com excepção da percepção geral da saúde. E, as diferenças encontradas têm significado estatístico ao nível do funcionamento físico, funcionamento social, saúde mental e vitalidade, o que não acontece nas restantes. Ou seja, nas dimensões discriminadas, os homens apresentam melhor qualidade de vida do que as mulheres sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

A análise dos resultados encontrados permite-nos concluir que, em média, os enfermeiros que trabalham nos serviços que classificámos como outros (urgência e consultas externas), apresentam melhor qualidade de vida que os enfermeiros que trabalham nos serviços médicos (medicina, especialidades médicas e pediatria) e nos serviços cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório). No entanto, essas diferenças apenas têm significado estatístico ao nível do funcionamento físico, da saúde mental e da limitação dos papéis por problemas emocionais.

Assim sendo, os dados obtidos não confirmam a hipótese por nós formulada de que os enfermeiros que exercem funções nos serviços médicos (medicina, pediatria e especialidades médicas) apresentam uma melhor qualidade de vida que os enfermeiros dos serviços de cirúrgicos (cirurgia, ortopedia e bloco operatório) e outros serviços (consulta externa e urgência). Daí concluirmos, que os enfermeiros que trabalham nos serviços médicos não têm melhor qualidade de vida que os que trabalham nos serviços cirúrgicos e outros.

Relativamente à qualidade de vida relacionada com a idade dos enfermeiros, foram encontradas algumas correlações, ainda que, não estatisticamente significativas. Os dados obtidos na nossa amostra permitem afirmar que quanto mais velhos os enfermeiros, melhor é a qualidade ao nível da saúde mental e da limitação dos papéis por problemas emocionais mas, pior é a qualidade de vida ao nível do funcionamento físico e percepção geral da saúde.

Os resultados obtidos no estudo dos trabalhos por turnos levaram-nos a concluir que, os enfermeiros que trabalham nos períodos de manhãs e tardes, em média apresentam uma melhor qualidade de vida. As diferenças encontradas têm significado estatístico apenas ao nível da dimensão do funcionamento físico, o que não acontece nas restantes.

Os inquiridos parecem ter percepcionado, em média, o seu estado de saúde como menos afectado ao nível do funcionamento físico (88,05) e ao nível das limitações dos papéis por problemas emocionais (82,96). Ao nível do estado de saúde observou-se, ainda, como mais afectado e em média as alterações na saúde cujo valor médio se situa à volta do 49,72. É de salientar que apenas nesta escala os valores médios se situam abaixo do 50.

Sugestões para investigações futuras

A realização deste trabalho permite-nos concluir que existem muitas perspectivas interessantes para novos estudos, dada a incipiente fase em que se encontra a supervisão clínica das práticas e a multiplicidade de factores que a influenciam, bem como, a qualidade de vida dos enfermeiros, sendo fundamental aprofundar alguns aspectos encontrados, conferindo-lhe uma maior abrangência e profundidade.

Atendendo a que tendencialmente os enfermeiros chefes apresentaram níveis de satisfação com a supervisão das práticas mais baixos, dadas as responsabilidades acrescidas que detêm no seio da organização era importante aprofundar as causas destes índices de satisfação mais baixos, tentando perceber se são factores intrínsecos ou condicionantes organizacionais que terão influenciado estes resultados.

Outro campo de pesquisa importante prende-se com a formação profissional e a sua influência no desenvolvimento das práticas e da supervisão clínica. A análise dos resultados indicia que o nível de satisfação com a supervisão clínica dos enfermeiros é em média maior quando estes não se encontram a realizar cursos, ainda que, os resultados obtidos não sejam estatisticamente significativos.

Se a *United Kingdom Central Council* (1996) descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais, afigura-se-nos importante aprofundar e conciliar as temáticas envolvendo a formação, as práticas clínicas e a supervisão, tentando perceber o que causa a insatisfação dos enfermeiros com a supervisão das práticas e qual a influência que a formação poderá ter na solução do problema.

Entre nós, como fica patente no nosso estudo, em primeiro lugar é necessário encontrar uma definição comum para eliminar percepções diferentes sobre o conceito de supervisão clínica em enfermagem. Perante a existência de muita confusão sobre a natureza do estudo da supervisão, é recomendável que se trabalhe um curriculum claro para uma formação específica. Há mesmo quem advogue, que a opção por um processo de supervisão clínica deveria começar na formação inicial dos profissionais e, continuar depois disso, como uma parte integrante de desenvolvimento profissional (Butterworth e Faugier, 1994).

Por outro lado, a supervisão clínica no contexto profissional actual é especialmente problemática, devido à insuficiente diferenciação entre supervisão administrativa e supervisão clínica, pelo que, a sua implementação implica: sensibilização, definição de um modelo, definição do perfil dos supervisores, formação e, finalmente, a implementação da supervisão clínica.

As mudanças nas instituições dependem não só dos profissionais, da sua formação e da transformação de práticas, mas também da organização da instituição. Por isso a formação deve investir nos projectos das instituições e não ser concebida à margem destes. Trabalhar e formar não podem ser actividades distintas, pois a formação pode e deve ser feita no quotidiano e deve ser um processo permanente. Daí que convém que sejam os próprios profissionais a determinar as necessidades de formação contínua com base nos problemas e na organização das suas instituições. Este é também um importante campo de pesquisa que se abre.

Relativamente à qualidade de vida dos enfermeiros há um aspecto marcante que merece ser investigado e que se prende com o facto de serem os enfermeiros que não referem doenças, serem os que apresentam mais dias de ausência ao trabalho.

Perspectivas da implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem

As preocupações financeiras existentes determinam grandes pressões para reduzir drasticamente os custos administrativos, valorizando-se mais a produtividade e a formação técnica, dificultando gravemente a implementação da supervisão.

Por outro lado, o Estado não pode abdicar das políticas salvaguardem a garantia da qualidade das práticas e da sua supervisão, num momento em que a sociedade exige cada vez mais do sistema de saúde e dos seus profissionais. Isso mesmo é patente nas conclusões do estudo de Villaverde Cabral *et al* (2002: 214), sobre “*Saúde e Doença em Portugal*”, quando refere: “o trabalho de estabilização de expectativas próprio das sociedades complexas favorece a interiorização, por parte dos utentes, das limitações do sistema de saúde cuja oferta não consegue dar plena resposta a uma procura cada vez maior, mais diferenciada e mais complexa”.

Estas conclusões reforçam a nossa convicção de que é preciso mais e não menos supervisão. Ela deve ser estruturada, específica e formativa, não significando exclusivamente um aumento global na quantidade de supervisão mas, tão-somente, que é necessário um enquadramento diferente que proporcione uma maior efectividade e eficiência num quadro de práticas de supervisão rentabilizando as estruturas existentes.

É, pois, imprescindível sensibilizar o poder político para a importância de processos supervisivos e a adesão a programas de manutenção de práticas profissionais de maior qualidade, subsidiando uma percentagem dos custos, que permita reduzir os constrangimentos financeiros das instituições.

O estudo realizado permitiu verificar que os enfermeiros identificam a supervisão clínica, com um processo de supervisão administrativa e, frequentemente, associado ao processo de avaliação de desempenho profissional dos enfermeiros. Esta associação pode condicionar irremediavelmente a discussão sobre a supervisão clínica, comprometendo o seu sucesso e condenando-a ao fracasso em muitas organizações. Por esse motivo, defendemos que a avaliação de desempenho e a supervisão clínica devem ser utilizadas como experiências de colaboração e potenciação entre o pessoal, os supervisores e os gestores, reconhecendo o benefício que podem trazer para o desenvolvimento dos profissionais, para a qualidade das práticas e para a produtividade da organização mas, que em circunstância alguma, possam ser considerados processos similares ou utilizadas como sistemas isomorfos.

Acreditamos que a supervisão é uma área emergente de intervenção para os enfermeiros, com um potencial enorme e um campo de trabalho a explorar e desenvolver, uma área pertinente e sensível e um enorme desafio para os profissionais, para as organizações e para os responsáveis pelas políticas de saúde, para que num esforço concertado de vontades seja possível implementar um processo de supervisão clínica de práticas de enfermagem.

A introdução da supervisão clínica no Reino Unido foi influenciada decisivamente por políticas governamentais que implicavam mudanças organizacionais importantes, num momento em que existiam grandes preocupações sobre a responsabilidade profissional, associadas a iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados e conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem.

Também em Portugal vivemos um contexto algo semelhante a este e a supervisão clínica começa a emergir como um assunto significativo em círculos restritos de reflexão em enfermagem, apresentando-se como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais. A aposta na supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2002), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas. Independentemente de sabermos se irá conseguir impor-se entre nós, a supervisão clínica em enfermagem entrou decisivamente no vocabulário dos enfermeiros e afigura-se-nos que poderá constituir num futuro próximo uma verdadeira revolução de mentalidades.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia (1996). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Lisboa, AFIRSE Portuguesa.
- ABREU, Wilson (1997). “Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar”. In Rui Canário (Ed.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168.
- ABREU, Wilson (2001a). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, Wilson (2001b). *Metodologias do Ensino da Especialidade, área da Enfermagem*, notas de campo das sessões lectivas de Supervisão Clínica em Enfermagem do Mestrado em Supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ABREU, Wilson (2002). *Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Revista Sinais Vitais, 45 (11), pp. 53-57.
- ABREU, Wilson (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. Coimbra: Formasau.
- AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M. (1997). *Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses*. Working and Occupations, 24, pp. 453-477.
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Livraria Almedina, Coimbra.
- ALARCÃO, Isabel (1991). *Reflexão crítica sobre o pensamento de D: Schön e os programas de formação de professores*. Aveiro: Cadernos CIDInE, Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional, Vol. 1, pp. 5-22.
- ALBUQUERQUE, Carlos M. S.; OLIVEIRA, Cristina P. F. (2002). *De que se fala, quando se fala de saúde?* Revista Integrar, 19, pp. 3-12.
- AMARAL, Emília (2002) – *Os 80 anos do Hospital de Águeda*. In Jornal Soberania do Povo, 2002/08/16, pp.20.

- ARCO, Helena M. S. L. Reis (2001). *Implicações sócio-familiares do trabalho por turnos*. Enfermagem em foco, 11 (44), pp. 23-28.
- AZEVEDO, M. H. P. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos*, dissertação de doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina.
- BASTO, Marta de Lima (1994). *Cuidar e tratar*. 2^{as} Jornadas de Enfermagem. Lisboa.
- BEAUDOIN, Lynda E.; EDGAR, Linda (2003). *Hassles: their importance to Nurse's quality of work life*. Nursing Economics, 21 (3) pp.106-113.
- BENNETT, Jenny, et al (2001). "Implementing clinical supervision in a NHS Community trust-sharing: the vision". In CUTCLIFFE, et al (2001) (org.) *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. Routledge editions, London.
- BENTO, M. C. S. (2001). *Formação em enfermagem: que caminho?* Revista Sinais Vitais. Coimbra, 35 (3), pp. 29 – 34.
- BERNARD, M. Janine; GOODYEAR, Rodney (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Second edition, Allyn and Bacon, Boston.
- BERTHEF, E. (1983). *Information et education sanitaire*. Forum Mondial de la Santé, 6, (2).
- BERTRAND, Yves; GUILLEMET, Patrick (1994). *Organizações, uma abordagem sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- BLEGEN, M. A. (1993). *Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables*. Nursing Research, 42(1), pp. 36-41.
- BOND, Meg; HOLLAND, Stevie (1998), *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham, Open University Press.
- BOWLING, A. (1994). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. 4^a Edição. Buckingham: Open University Press.
- BOWLING, A. (1995), *Measuring disease. In Health-related quality of life - a discussion of the concept, its use and measurement*. Buckingham: Open University Press.
- BRITO, Luísa (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

- BRUUSGAARD, A. (1949). *Na investigation of inquiring on health problems in shift-working in Norwegian paper industry*. Archive Industry Hygiene of Norwegian State Factory, 2 (465).
- BURROW, S. (1995). *Supervision: clinical development or management control?* British Journal of Nursing, 4 (15), pp.879-882.
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. (1994). *Clinical supervision in Nursing, Midwifery and Health Visiting - A briefing paper*. Nursing Times, 90 (48), pp. 38-42.
- BUTTERWORTH, Tony; WOODS, David (1999). *Clinical governance and clinical supervision; Working together to ensure safe and accountable practice*. Manchester: School of Nursing Midwifery and health Visiting, University of Manchester. DocumentoWWW.URL:[<http://www.nursing.man.ac.uk/pubs/CG-CS-working.pdf>]
- CANÁRIO, Rui (1994). “Centros de formação das associações de escolas: que futuro?”. In AMIGUINHO, A.; CANÁRIO, Rui, *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa, Educa.
- CANÁRIO, Rui (1997). “Formação e mudança no campo da saúde”. In Rui Canário (ed.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 117-146.
- CANÁRIO, Rui (2001). *A prática profissional na formação de professores*. DocumentoWWW.URL:[http://www.inafop.pt/revista/docs/texto_canario.html].
- CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CARAPINHEIRO, Graça (1997). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento
- CARVALHO, Amílcar; QUEIRÓS, Paulo; HENRIQUES, Fernando (1991). *Qualidade dos cuidados de enfermagem*. Coimbra: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CARVALHO FERREIRA, J. M.; NEVES, José; CAETANO, António (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- CEITIL, Mário (2001). *A liderança e a saúde... mental*. Revista Qualidade em Saúde 1 (5), pp. 26-29.

- CHIAVENATO, Idalberto (1987). *Teoria Geral da Administração*. 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill.
- CIMETE, Güller, GENCALP, Nimet S.; KESKIN, Gülbahar (2003). *Quality of life and job satisfaction of nurses*. Journal of Nursing Care Quality, 18 (2), pp. 151 – 158.
- CIPE (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: APE.
- COELHO, Aloísio M (1997). *A saúde pública no limiar do século XXI*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 15 (4), pp. 5-9.
- COELHO, Rui (2002). *Qualidade de Vida*. Arquivos de Medicina, 16 (4, 5, 6), pp. 198-199.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1996). Porto: Porto Editora
- COSTA, Maria Arminda Mendes (1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- COTTRELL, Steve (2000). *A comparision of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. Documento WWW.URL:[http://www.clinical_supervision.com/role%20comparison.htm].
- COTTRELL, Steve, GILLIGAN, Paul (2000). *Implementing the quality cycle on an acute mental health service – a case study*. Documento WWW.URL:[<http://www.clinicalsupervision.com/pedwar.htm>]
- COTTRELL, Steve (2002a). *Introduction to Clinical Supervision*. Documento WWW.URL:[<http://www.clinicalsupervision.com/introduction%20to%supervision.htm>]
- COTTRELL, Steve (2002b). *Some Current Beliefs in the NHS, and Some Consequences for Implementing Clinical Supervision*. Documento WWW. URL: [<http://www.clinical-supervision.com/conference%20address.htm>].
- COTTRELL, Steve; SMITH, Georgina (2002). *The development of Models of Nursing Supervision in the UK*. Documento WWW. URL: [www.clinical-supervision.com/development%of%20clinical%20supervision.htm].
- COUCEIRO, Maria do Loreto Paiva (1995). *Autoformação e contexto profissional*. Formar 14 (4), pp. 6-15.

- CRUZ, Arménio G.; SILVA, Carlos F. (1995). *Consequências do trabalho por turnos*. Revista Sinais Vitais, 3 (5), pp. 37 – 42.
- CRUZ, Encarnação B. L.(2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e o apoio social. Contributo para a compreensão da qualidade de vida dos enfermeiros aposentados da área da saúde mental e psiquiatria da zona centro*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- CUTCLIFFE, Jonh R. (2001). “An alternative training approach in clinical supervision”. In : CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- DAVIES, A. R.; WARE, J. E. (1981). *Measuring health perceptions in the health insurance programs*. Santa Mónica: Rand Corporation.
- DECRETO n.º 68358, D.G., I Série, 101 (27-04-68), 612-626.
- DECRETO-LEI n.º 37418, D.G., I Série, (18-05-49).
- DECRETO-LEI n.º 305/81, D.R., I Série, 261 (12-11-81) 2998-3004.
- DECRETO-LEI n.º 437/91, D.R., I Série-A, 257 (08-11-91), 5723-5741.
- DECRETO-LEI n.º 161/96, D.R., I Série-A, 205 (04-11-96), 2959-2962.
- DECRETO-LEI n.º 104/98, D.R., I Série-A, 93 (21-04-98), 1739-1757.
- DECRETO-REGULAMENTAR n.º 3/88, D.R., I Série, 18 (22-01-88), 2-11.
- DECRETO-LEI n.º 188/2003, D.R., I Série-A, 191 (20-08-03), 5219-5230.
- D’ESPINEY, Luísa Maria A. (1997). “*Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho*”. In CANÁRIO, Rui (org) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- DUBAR, Claude (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: A. Colin.

- DUBAR, Claude (1997). “Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar”. In Rui Canário (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 43-52.
- EDGAR, L. (1999). *Nurses’ motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: a test of the job characteristics model*. Canadian Journal of Nursing Leadership, 12 (1), pp. 14-22.
- FERNANDES, Maria Alcina (1992). *Algumas dificuldades que se colocam aos enfermeiros com funções de gestão no serviço de enfermagem*. Enfermagem em Foco, II (6), pp. 58-63.
- FERREIRA, P.L. (1998). *A medição do estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- FERREIRA, Pedro L.; MELO, Elisa (1999). *Percepção de saúde e qualidade de vida: validação inter-cultural do perfil de saúde Nottingham*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- FERREIRA, P.L. (2000a). *Criação da Versão Portuguesa do Mos Sf-36, Parte I Adaptação Cultural Linguística teste de Validação*. Acta Médica Portuguesa, 13, pp. 55-66
- FERREIRA, P.L. (2000b). *Criação da Versão Portuguesa do Mos Sf-36, Parte II teste de Validação*. Acta Médica Portuguesa, 13, pp. 119-127.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Ciência L.da.
- FRIES, J. (1980). *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. The New England Journal of Medicine, 3030, pp. 130-135.
- GIFFORD, Blair D.; ZAMMUTO, R.; GOODMAN, Eric A.; HILL, Karen (2002). *The relationship between hospital unit culture and nurses’ quality of work life*. Journal

- of Healthcare Management, 47 (1), pp. 13-26.
- GIL, A. C. (1995) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas.
- HALL, Richard H. (1984). *Organizações, estrutura e processos*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil.
- HARTZ, A. (1989). *Hospital characteristics and mortality rates*. New Englands Journal of Medicine, 321, pp. 1720-1725.
- HAWKINS, P.; SHOET, R. (1989). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press.
- HEIDEMANN, Elma (1999). *Accreditation of health organizations*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Forum de Administração de Saúde, 2º ciclo de debates 1998/1999.
- HERNANDEZ, C. A.; O'BRIEN-PALLAS, L. L. (1996). *Validity and reliability of nursing workload measurement systems: review of validity and reliability theory*. Canadian Journal of Nursing Administration, 9 (3), pp. 32-50.
- HESBEEN, Walter (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspective do cuidar*. Loures: Lusociência
- HOLLOWAY, Elizabeth (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- HOSPITAL DISTRITAL DE ÁGUEDA (2001). *Manual de Acolhimento*. Águeda: Direcção de Enfermagem.
- HUNT, S. (1980). *A quantitative approach to perceived health status: a validation study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 34.
- HUNT, S. (1988). *Subjective health indicators and health promotion*. Health Promotion, 3, pp. 23-34.
- JESUÍNO, J. C. (1989). *Características e factores de êxito da liderança em Portugal*. Lisboa: ISCTE/IEFP.
- JOHNS, Christopher (2001). *Becoming a reflective practitioner*. London: Blackwell Science.

- KAPLAN, R. (1985). "Social support and social health". in SARANSON, I.; SARANSON, B. (editors), *Social Support theory, Research and Application*, The Hague Nijhoff.
- KELLY, Billy; LONG, Ann; McKENNA, Hugh, (2001). "Clinical Supervision: Personal development or the nursing novelty of the 1990s". In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- KOHNER, N. (1994). *Clinical supervision an executive summary*. Nursing Development Units, pp. 1-4
- KRIPPENDORF K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. London: Sage.
- KRON, Thora E. T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermeria*. 5ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana.
- KUNTZMANN, F. ; MARTIN-HUNYADI, C. (1993). *Evaluation de la qualité de vie*. Paris : Masson.
- LA MÓNICA, Elaine L. (1994). *Direccion y administracion en enfermeria, un enfoque práctico*. Madrid: Mosby/Doyma Livros.
- LEDDICK, George R. (1994). Models of *Clinical Supervision*. Documento WWW.URL: [http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digest/ed372340.htm].
- LEI n.º 27/02, D.R., I Série-A, 258 (08-11-02), 7150-7154.
- LONG, Ann; KELLY, Billy; McKENNA, Hugh (2001). "Clinical Supervision: personal and professional development or the nursing novelty of the 1990's". In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- LOPES, Armandina; NUNES, Lúcia (1995). *Acerca da Trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética*. Nursing, 8, (90-91), pp. 10 – 12.
- LOPES, Noémia M. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Editora Quarteto.
- MACEDO, Cesário (2002). *A Santa Casa da Misericórdia de Águeda, o Hospital e o Dr. Breda*. Jornal Região de Águeda, (2002/09/27), pp.6.

- MARÇAL, Horácio (2002) – *Hospital Distrital de Águeda – 80 anos a servir a comunidade*. In *Jornal Soberania do Povo*, 2002/08/09, pp. 1-3.
- MARTINS, Maurício (1994). *Nova abordagem no cálculo do pessoal de enfermagem*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- MARTINS, Cristina Araújo; AMEIXINHA, Céu (2002). *Liderança e disciplina... que dialéctica no ambiente de trabalho?* Revista Sinais Vitais, 41 (3), pp. 42-44.
- MARTINS, José Carlos (2002). *Princípios de desenvolvimento profissional*. Enfermagem em Foco, 11 (48), pp. 31-38.
- McCALLION, H.; BAXTER, T. (1995) - *Clinical supervision - take it from the top*. Nursing Management., 1 (10), pp. 9.
- MICHAEL, Michael; TANNOCK, Ian F. (1998). *Measuring health related quality of life in clinical trials that evaluate the role of chemotherapy in cancer treatment*. Documento WWW.URL: [<http://www.cma.ca/cmaj/vol-158/issue-13/1727.htm>].
- MINORS, D.; WATERHOUSE, J. (1981). *Circadian Rhythms and human*. Bristol: John Wright & Son, L.da.
- MORAIS, António José Pinto (1999). *Influência da Ventiloterapia na Qualidade de vida*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- MORAIS, Maria José Fernandes (2000). *Qualidade de Vida relacionada com a Saúde em Doentes Hemodialisados*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- MUNSON, Carlton E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3ª Edição. Binghamton: The Haworth Press.
- MURPHY, M.; MURPHY, E. C.; (1996). *Cutting healthcare costs through work force reductions*. Journal of Healthcare Financial Management, 50 (7), pp. 64-69.
- NEVES, José (2001). “O processo de liderança” In CARVALHO FERREIRA, J. M. et al (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- NEVES, Conceição (2002). *Qualidade de Vida em pessoas com diabetes mellitus*. Arquivos de Medicina, 16 (4, 5, 6), pp. 200-210.
- NYHAN, Barry (1991). *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas*. Bruxelas, Inter-universidades Europeias.

- NORTHCOTT, Nigel (2000). “Clinical Supervision – Professional Development or Management”. In SPOUSE, Jenny; REDFERN, Liz (2000), *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- NUMALLY, G. C. (1978). *Psychometric theory*. 2ª Edição. New York: McGraw Hill.
- NUNES, Rui; REGO, Guilhermina (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw Hill.
- O'BRIEN-PALLAS, L. L.; IRVINE, D.; PEEREBOOM, E.; MURRAY, M. (1997). *Measuring nursing workload: understanding the variability*. Nursing Economic\$, 15 (4), pp. 171-182.
- OMS (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento do CD-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMSQDV (1996). *Les Gens et leur Santé: Quelle qualité de vie?* Forum Mondial de la Santé, 17 (4).
- ORLEY, J (1994). “The World Health Organization quality of life Project”, In TRIMBLE, M. R.; DODSON, W.E. (org) *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press, 99.
- OURIVES, Alzira da Conceição (1993). *O papel do enfermeiro director para o cuidadoso do serviço de enfermagem*. Servir, 41 (5), pp. 249-257.
- PAGE, S.; WOSKET, V. (1994). “Supervision the counsellor”. London: Routledge Editions.
- PAIN, Abraham (1990). *Education Informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: L'Harmattan.
- PEREIRA, Anabela M. S. (2001). “Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping”. In TAVARES, José (org.) *Resiliência e Educação*. S. Paulo: Cortez Editora.
- PEREIRA, Anabela M. S. (2003). *Indicadores e medição de saúde – Conferência no 1º Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- PEREIRA, Isabel Carvalho B.F. (1992). *Reflexão sobre a comunicação escrita em enfermagem*. Servir, 40 (5), pp. 257 – 260.

- PERRENOUD, Ph. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: D. Quixote.
- PHIPPS, Wilma J.; LONG, Bárbara; WOODS, Nancy F. (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. 2ª ed. Vol. I. Tomo I. Lisboa: Lusodidacta.
- PINTO, Amânico C. (1990) *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edição Jornal de Psicologia.
- PIRES, Ana Luísa Oliveira (1995) *Organizações qualificantes*. *Dirigir*, 40 (6), pp. 14-17.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete P. (1994) *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud*. 4ª ed. México: Interamericana – Mc Graw-Hill.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete P. (1995) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PROCTOR, Brigid (1986). “Supervision: a co-operative exercise in accountability”. In MARKEN, M.; PAYNE, M. (org) “*Enabling and ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and training in Youth and Community Work*”. Leicester.
- PROCTOR, Brigid (2001). “Training for the supervision alliance attitude, skills and intention”. In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- QUEIRÓS, Ana Albuquerque; SILVA, Lúcia C. C.; SANTOS, Elvira M. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. (1996). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, J.L. Pais (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes jovens da cidade do Porto*. Porto: Universidade do Porto, Dissertação de Doutoramento.
- RIBEIRO, J.L. Pais (1997). “A Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida em Pessoas com Doenças Crónicas, In RIBEIRO, J.L. Pais (org) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: ISPA, pp. 253-282.
- RIBEIRO, J.L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa : ISPA
- SÁ-CHAVES, Idália (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Porto: Porto Editora.

- SALE, Diana (1998). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde – para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia.
- SALIBA, Vince (1997). *Clinical Supervision: A Critical Review*. Documento WWW.URL: [http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/4773/spcrrw.htm].
- SANTOS, Adérito Matos (1990). *A aptidão à autoformação*, Emprego e Formação, 11 (5), pp. 21-24.
- SCHÖN, Donald (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic books.
- SCHÖN, Donald (1991). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey Bass Inc.
- SCHUMAKER, S.; ANDERSON, R. (1990). “Psychological tests and scales”. In SPILKER, B. (org.) *Quality of life assessments in clinical trial*, pp. 95-113. New York: Raven Press.
- SILVA, C. F. (1994). *Distúrbios do sono em trabalhadores por turnos, factores psicológicos e cronobiológicos – dissertação de doutoramento em psicologia clínica*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia.
- SMITH, Paul (2001). “Clinical Supervision: My path towards clinical excellence in mental health nursing”. In CUTCLIFFE, et al (org.) *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- SOUSA, António (1996). *Introdução à gestão, uma abordagem sistémica*. Lisboa: Editorial Verbo.
- SPOUSE, Jenny; REDFERN, Liz (2000). *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G.R. (1989). *Health measurement scales – a prattical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications.
- STONER, James A. F.; FREEMAN, R. Edward (1995). *Administração*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil.
- SWAIN, G. (1995). *Clinical Supervision: The principles and the process*. London: Community Practitioners and Health Visitors Association.

- TAYLOR, David (1998). *Improving health care, a King's Fund policy paper*. London: King's Fund.
- THOMAS, B.; REID, J. (1995). *Multidisciplinary clinical supervision*. British Journal of Nursing. 4 (15), pp.883-885
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting*. Documento WWW. URL: [<http://www.clinical-supervision.com/clinsup.htm>].
- VAN OOIJEN, Els (2000). *Clinical Supervision: a practical approach*. London: Churchill Routledge.
- VAZ, Isidro dos Santos (1996). *Aspectos jurídicos da enfermagem*. Porto: Edição de autor.
- VAZ-SERRA, A (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*, Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- VEIGA, M. Bárbara S. (1989). *Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem* – Conferência nas I Jornadas pedagógicas da Escola de Enfermagem Bissaya Barreto. Coimbra: Auditório da reitoria da Universidade de Coimbra.
- VILLAVARDE CABRAL, M.; SILVA, Pedro A.; MENDES, Hugo (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- WARE, John E.; SHERBOURNE, C. D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)*. Medical Care, 30, (6).
- WARE, J. E. (1993), *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948). *Official Records of the World Health Organization*, 2. Geneve: United Nations.

WILLIAMS, D. I.; PEREIRA, Anabela M. S. (1999). “Um modelo de supervisão em aconselhamento psicológico”, *In Actas do 1º Congresso Nacional de Supervisão em Formação – Contributos Inovadores*. Publicação em CD-ROM, p.252-253.

SATISFAÇÃO COM A SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

– Trabalho de Investigação –

Caro colega

Sou António Fernando da Silva Garrido, Enfermeiro Chefe do Hospital Distrital de Águeda e encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado “Satisfação com a Supervisão das Práticas Profissionais e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros”, o qual me é exigido para a conclusão do Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro.

A concretização deste estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Nesse sentido, apelo à sua compreensão e paciência para que leia atentamente as instruções e que responda a todas as questões do questionário com a máxima sinceridade. Após o preenchimento, coloque o questionário no envelope que lhe é fornecido, feche-o e entregue-o ao seu Enfermeiro(a) Chefe, ao(à) Responsável do serviço ou a mim próprio.

Não escreva a sua identificação em qualquer parte do questionário ou do envelope, para que possa garantir a confidencialidade das suas respostas.

Se tiver interesse em conhecer os resultados do estudo terei imenso gosto em facultar-lhos.

Obrigado pela sua atenção e disponibilidade

Aveiro, 29 de Janeiro de 2003

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: ____ anos
3. Estado civil:
Solteiro(a) ☐ Casado(a)/ vive maritalmente ☐ Divorciado(a)/ Separado(a) ☐ Viúvo (a) ☐
4. Filhos: Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____
5. Sofre de alguma doença? Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____
6. Está a tomar medicamentos por receita médica? Sim ☐ Não ☐
7. No **último mês** mais ou menos quantos dias esteve doente? _____
8. No **último mês** mais ou menos quantos dias esteve sem ir trabalhar por doença? _____
9. Formação profissional:
Curso superior de Enfermagem ou equivalente legal ☐
Especialização em Enfermagem ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐
10. Categoria profissional: Enfermeiro ☐ Graduado ☐ Especialista ☐ Chefe ☐
11. Tempo de exercício profissional: _____ Anos _____ Meses
12. Tipo de ligação Institucional:
Funcionário/Agente ☐ Contrato a termo certo ☐ Prestação de serviços ☐
13. Serviço onde exerce funções: _____
14. Tempo de exercício no serviço: _____ Anos _____ Meses
15. Tipo de horário praticado:
Manhãs ☐ Manhãs e tardes ☐ Manhãs, tardes e noites ☐
16. Quem é responsável pela supervisão das suas práticas profissionais?
Enfermeiro mais experiente ☐ Enfermeiro Especialista ☐ Enfermeiro Chefe ☐
Outro? ☐ Qual? _____
17. Sexo do responsável pela supervisão das suas práticas profissionais:
Feminino ☐ Masculino ☐
18. Encontra-se neste momento a frequentar algum curso? Sim ☐ Não ☐
Se sim, qual? _____
19. Está a usufruir de alguma dispensa de serviço? Sim ☐ Não ☐

2. SATISFAÇÃO COM A SUPERVISÃO

SHORT FORM SUPERVISION SATISFACTION QUESTIONNAIRE (SFSSQ)

Adaptado de MUNSON, Carlton (2000), por GARRIDO, António (2003)

Responda às questões que se seguem colocando um círculo envolvendo a alternativa que melhor expressa a sua opinião, de acordo com a seguinte grelha:

DP: discorda plenamente

D: discordo;

DL: discordo ligeiramente;

CL: concordo ligeiramente;

C: concordo;

CP: concorda plenamente

1. O meu supervisor/a respeita-me como profissional	DP	D	DL	CL	C	CP
2. O meu supervisor dá-me autonomia para realizar o meu trabalho	DP	D	DL	CL	C	CP
3. Sinto que o meu supervisor tem contribuído para o meu crescimento profissional.	DP	D	DL	CL	C	CP
4. O meu supervisor é bom a organizar o trabalho.	DP	D	DL	CL	C	CP
5. O meu supervisor sabe ensinar.	DP	D	DL	CL	C	CP
6. O meu supervisor tem-me ajudado a desenvolver a minha auto-confiança	DP	D	DL	CL	C	CP
7. Penso que a avaliação que o meu supervisor faz do meu trabalho é justa	DP	D	DL	CL	C	CP
8. A avaliação que o supervisor faz do meu trabalho é correcta.	DP	D	DL	CL	C	CP
9. Globalmente estou satisfeito com a experiência profissional demonstrada pelo meu supervisor.	DP	D	DL	CL	C	CP
10. Eu desejo manter as minhas sessões de supervisão	DP	D	DL	CL	C	CP
11. O meu supervisor ajudou-me a melhorar a eficiência como enfermeiro/a.	DP	D	DL	CL	C	CP
12. O meu supervisor tem-me ajudado a melhorar a eficácia como enfermeiro/a	DP	D	DL	CL	C	CP
13. Os meus valores acerca do que constitui um bom cuidado são semelhantes aos do meu supervisor.	DP	D	DL	CL	C	CP
14. Posso confrontar o meu supervisor com uma situação	DP	D	DL	CL	C	CP
15. O meu supervisor está receptivo a novas ideias	DP	D	DL	CL	C	CP
16. O meu supervisor tem conhecimentos teóricos e aplica a teoria nos aspectos práticos do meu desempenho.	DP	D	DL	CL	C	CP
17. O meu supervisor é simpático.	DP	D	DL	CL	C	CP
18. O meu supervisor põe-me à vontade quando falo com ele.	DP	D	DL	CL	C	CP
19. O meu supervisor fala claramente nas reuniões de supervisão.	DP	D	DL	CL	C	CP
20. O meu supervisor usa gravações e registos individualizados como material de apoio durante as entrevistas do processo de supervisão.	DP	D	DL	CL	C	CP
21. A minha Instituição é um lugar bom para se trabalhar.	DP	D	DL	CL	C	CP
22. Raramente me aborreço com o meu supervisor.	DP	D	DL	CL	C	CP
23. Raramente tenho conflitos com o meu supervisor.	DP	D	DL	CL	C	CP

24. **Avalie o seu supervisor** numa escala de 1 a 10 (1 - baixo, 10 - alto), de acordo com a opinião que tem sobre **a qualidade da sua supervisão**, colocando um círculo envolvendo o número que corresponde à sua opção.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. **Classifique-se** numa escala de 1 a 10 (1 - baixo, 10 - alto) em termos da sua **qualidade como profissional de enfermagem**, colocando um círculo envolvendo o número que corresponde à sua opção.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Considera que a supervisão das suas práticas ajudou a melhorar a sua eficiência e eficácia como profissional? Sim ☐ Não ☐

Explicite:.....
.....
.....
.....
.....

27. Mencione os aspectos que aprecia no seu supervisor:

.....
.....
.....
.....

28. Mencione os aspectos de que não gosta no seu supervisor:

.....
.....
.....
.....

29. Qual ou quais o/s aspecto/s mais importantes no processo de supervisão?

.....
.....
.....
.....

30. Comentários:

.....
.....
.....
.....

3. ESTADO DE SAÚDE: SHORT- FORM HEALTH SURVEY – SF36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

- Ótima.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Razoável.....4
 Fraca.....5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor.....1
 Com algumas melhoras.....2
 Aproximadamente igual.....3
 Um pouco pior.....4
 Muito pior.....5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	SIM, MUITO LIMITADO/A	SIM, UM POUCO LIMITADO/A	NÃO, NADA LIMITADO/A
A. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia.....	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada.....	1	2	3
E. Subir um lanço de escada.....	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 Km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões.....	1	2	3
I. Andar um quarteirão.....	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada.....	1
Pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Imenso.....	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas.....	1
Muito fracas.....	2
Ligeiras.....	3
Moderadas.....	4
Fortes.....	5
Muito Fortes.....	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Imenso.....	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?.....	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre1
 A maior parte do tempo.....2
 Algum tempo.....3
 Pouco tempo.....4
 Nunca.....5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)

	TOTALM. VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	TOTAM FALSO
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2

Instrumento Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire -
SFSSQ

**SHORT FORM SUPERVISION SATISFACTION
QUESTIONNAIRE (SFSSQ)**

1. Name of Practitioner:

Name of Supervisor:

2. Sex of Practitioner: ☐ Male ☐ Female

Sex of Supervisor: ☐ Male ☐ Female

3. Age of Practitioner:

Age of Supervisor:

Answer the following questions by circling the response category below each question that best describes how you feel about the question (SD = strongly disagree; D = disagree; MD = mildly disagree; MA = mildly agree; A = agree; SA = strongly agree).

1. My supervisor respects me as a professional.

SD D MD MA A SA

2. My supervisor give me appropriate autonomy to accomplish my work.

SD D MD MA A SA

3. I feel my supervisor has contributed to my professional growth.

SD D MD MA A SA

4. My supervisor is good at organizing work.

SD D MD MA A SA

5. My supervisor knows how to teach.

SD D MD MA A SA

6. My supervisor has helped me develop more self-awareness.

SD D MD MA A SA

7. I think my supervisor's assessment of my work is fair.

SD D MD MA A SA

8. My supervisor's assessment of my work is accurate.

SD D MD MA A SA

9. Overall, I am satisfied with my supervisory experience.

SD D MD MA A SA

10. I look forward to my supervisory sessions.

SD D MD MA A SA

11. My supervisor has helped to improve my efficiency as a practitioner.

SD D MD MA A SA

12. My supervisor has improved my effectiveness as a practitioner.

SD D MD MA A SA

13. My values about what constitutes good treatment are similar to those of my supervisor.

SD D MD MA A SA

14. I can confront my supervisor with an issue.

SD D MD MA A SA

15. My supervisor is accepting of new ideas.

SD D MD MA A SA

16. My supervisor talks about theory and can apply the theory to the practice component of my cases.

SD D MD MA A SA

17. My supervisor is friendly.

SD D MD MA A SA

18. My supervisor makes me feel at ease when talking with him or her.

SD D MD MA A SA

19. My supervisor communicates clearly in supervisory conversations.

SD D MD MA A SA

20. My supervisor uses audiotapes and videotapes of interviews, one-way mirrors, or process recording as supervisory material in our supervisory conferences.

SD D MD MA A SA

21. This agency is a good place to work.

SD D MD MA A SA

22. I rarely become angry at my supervisor.

SD D MD MA A SA

23. I rarely have to confront my supervisor.

SD D MD MA A SA

SCORE: ____

24. Rank your supervisor from 1 to 10 (1 = low, 10 = high) according to how good a supervisor you think he or she is. (Circle one)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Rank yourself from 1 to 10 (1 = low, 10 = high) in terms of how good a clinician you think you are. (Circle one)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Do you think supervision has helped you improve your effectiveness and efficiency as a clinician? ☐ Yes ☐ No

Explain:

27. List what you like about your supervisor:

28. List what you dislike about your supervisor:

29. What do you see as the chief value of supervision?

30. Comments:

SFSSQ SCORING DIRECTIONS AND INTERPRETATION OF RESULTS

Introduction

This questionnaire has thirty items that deal with various aspects of supervision structure and satisfaction. The first twenty-three questions are the short form supervision satisfaction scale that is derived from the parent instrument the Supervision Analysis Questionnaire (SAQ).

Scoring

Items 1 through 23 are scored using the following scoring method. Each response item has a numeric value. The numeric values are:

Response Code	Response Meaning	Code Value
SD	Strongly Disagree	1
D	Disagree	2
MD	Mildly Disagree	3
MA	Mildly Agree	4
A	Agree	5
SA	Strongly Agree	6

The response numeric value for each question should be totalled using the numeric code values. The total should be entered in the scoring blank at the end of item 23.

The respondent's score is a global measure and covers a number of domains. Scores can range from 23 to 138. Categories of score interpretations are:

Score Range	Level of Supervision Satisfaction
23 to 46	Very low
47 to 69	Low
70 to 92	Moderates
93 to 115	High
116 to 138	Very high

Scores below 70 should be considered worthy of intervention to prevent significant disruption of the supervisory process.

ANEXO 3

Documento utilizado para recolher os dados obtidos através do método de reflexão falada

Anexo 4

Pedidos de autorização para recolha dos dados, dirigidos aos Conselhos de Administração das Instituições que colaboraram no estudo